



**PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO DOS *CASE MANAGERS*  
NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS: A IMPORTÂNCIA  
DESTES PROFISSIONAIS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
PRESTADOS**

**Carina de Fátima Rodrigues Costa**

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do grau de mestre em  
Gestão das Organizações, Ramo de unidades de saúde

**Orientada por: Professor Doutor Eduardo Sá e Silva**

**Mestre Fátima Monteiro**

Esta dissertação inclui críticas e sugestões feitas pelo júri

Vila Nova de Gaia, 28 de Junho de 2016





**PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO DOS CASE  
MANAGERS NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS: A  
IMPORTÂNCIA DESTES PROFISSIONAIS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS  
DE SAÚDE PRESTADOS**

**Carina de Fátima Rodrigues Costa**

**Orientada por: Professor Doutor Eduardo Sá e Silva**

**Mestre Fátima Monteiro**

Vila Nova de Gaia, 28 de Junho de 2016

## Resumo

O *Case Management* ainda não se encontra inteiramente estabelecido em Portugal. O *Case Management* aborda diretamente vários problemas referentes ao sistema de saúde atual, nomeadamente o acesso aos cuidados de saúde, a alocação de recursos, contenção de custos e a eficácia dos cuidados de saúde. Estes são problemas com os quais os pacientes, prestadores e políticos se debatem diariamente.

Como instrumento de estudo foi criado e validado um questionário através do método *Face Validity* e análise fatorial. A população alvo deste estudo foram os utentes e profissionais de saúde do Sistema Nacional de Saúde, com o intuito de averiguar se é reconhecida a necessidade de integração do *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde.

Através da análise de dados verificou-se que apenas 37,5% do total dos inquiridos conheciam o conceito de *Case Management*, correspondendo a 41,2% dos utentes e 41,2% dos profissionais inquiridos. Por outro lado 97,1% dos profissionais de saúde e 92,9% dos utentes consideraram que a introdução de um *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde seria de facto benéfica. Deste modo, os inquiridos (profissionais de saúde e utentes) reconheceram que a introdução deste elemento poderá resultar: num aumento da satisfação com os serviços; na melhoria da comunicação entre profissionais; e na diminuição do uso desnecessário dos serviços de urgência.

Hutt et al (2004) observaram que a evidência mais significativa resultante da aplicação do *Case Management* foi relacionada com uma maior satisfação dos utentes com os serviços de saúde, resultando numa experiência mais positiva para o utente. Segundo Harrison, Nolin e Suero (2004), o *Case Management* poderá proporcionar ao hospital algumas poupanças, nomeadamente, redução do nível de cuidados, diminuição da duração da estadia hospitalar, diminuição da frequência e duração dos serviços, prevenir o uso desnecessário dos serviços clínicos e redução dos encargos adicionais associados. Outros aspetos benéficos que podem ocorrer são a diminuição das taxas de readmissão hospitalar e a diminuição do uso dos serviços de urgência.

Deste modo, o objetivo principal deste estudo é avaliar a perceção da necessidade da integração do *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde Português.

**Palavras-chave:** *Case Manager*/Gestor de caso, *Case Management*/Gestão de Caso, Sistema Nacional de Saúde.

## Resumen

La profesión de *Case Manager* todavía no está enteramente establecida en Portugal. El *Case Management* enfoca directamente varios problemas relacionados con el sistema sanitario actual, incluyendo el acceso a la salud, la asignación de recursos, costo de contención y eficiencia de la atención de la salud, estos son problemas que los pacientes, los proveedores y los políticos se enfrentan diariamente.

Como un instrumento de estudio fue creado y validado un cuestionario utilizando la técnica de *Face Validity* y análisis factorial. La población objetivo eran profesionales de la salud y los usuarios del sistema nacional de salud, con el fin de determinar si es reconocida la necesidad de integración de *Case Manager* en el sistema nacional de salud.

A través de análisis de datos se encontró que sólo 37.45% de todos los encuestados conocía el concepto de Case Management, representando 41,2% de los usuarios y 41.2% de los profesionales encuestados. Por otra parte 97,1% de los profesionales de la salud y 92,9% de los usuarios consideran que la introducción de un Case Manager en el sistema nacional de salud podría ser beneficiosa. Así, los encuestados (usuarios y profesionales de la salud) han reconocido que la introducción de este elemento puede resultar: en mayor satisfacción con los servicios; la mejora de la comunicación entre profesionales; y en la reducción del innecesario uso de los servicios de emergencia.

Hutt et al (2004), observó que la evidencia más fuerte resultante de la aplicación de la gestión del caso estaba relacionada con una mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud, dando como resultado una experiencia más positiva para el usuario. Según Harrison, Nolin y Suero, (2004), *Case Management* puede proporcionar al hospital algunos ahorros, en particular, reduciendo el nivel de atención, disminución de longitud de la estancia hospitalaria, disminución de la frecuencia y duración de los servicios, evitar el uso innecesario de servicios clínicos y la carga adicional asociada. Otros aspectos beneficiosos que pueden ocurrir son la reducción de la cuota de reingreso hospitalario y la disminución del uso de los servicios de emergencia.

Así, el objetivo principal de este estudio es evaluar la necesidad de integración del *Case Manager* en el sistema nacional de salud portugués.

**Palabras clave:** *Case Manager*, *Case Management*, Sistema nacional de Salud.

## **Abstrat**

In Portugal the Case Management is not entirely implemented. Case Management directly addresses several issues related to the current health system, including access to health care, resource allocation, cost containment and efficiency of health care. These are problems that patients, providers and political struggle daily.

For this dissertation it was created and validated a questionnaire through the Face Validity method and factorial analysis. The target population were users and health professionals of the Portuguese National Health System, in order to establish if there is a recognized need for Case Manager integration in the National Health System.

Through the data analysis only 37,5% of the respondents knew the concept of Case Management, corresponding to 41.2% of patients and 41.2% health professionals that were inquired. On the other hand 97,1% of health professionals and 92,9% of patients consider that the introduction of a Case Manager in the Portuguese National Health System would be beneficial. Thus, respondents (health professionals and users) recognized that the introduction of this element may result: an increase in satisfaction with the services; on improving communication between professionals; and reducing the unnecessary use of emergency services.

Hutt et al. (2004), observed that the strongest evidence from the Case Management application was related to greater user satisfaction with health services, resulting in a positive experience for the user of health services. According to Harrison, Nolin and Suero (2004), the Case Management can provide the hospital some savings, in particular reducing the level of care, decreasing the length of hospital stay, reduction in the frequency and duration of service, to prevent unnecessary use of clinical services and reducing the additional associated costs. Other beneficial aspects are the reduction of hospital readmission rates and decreased use of emergency services.

The aim of study is to evaluate the need of integration of a Case Manager in the Portuguese National Health System

**Key words:** Case Manager, Case Management, National Health System.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à minha família por todo o apoio prestado ao longo do meu percurso académico e profissional. Por todos os momentos de carinho e de incentivo que me proporcionaram e que me motivaram a terminar esta dissertação, a eles dedico este trabalho.

Ao meu orientador Professor Doutor Eduardo Sá e Silva um especial obrigado.

À minha coorientadora Mestre Fátima Monteiro, um especial agradecimento por toda a disponibilidade demonstrada, pela boa disposição e por ter acreditado em mim desde o início.

Ao professor Rui Pimenta pelas sugestões realizadas, que contribuíram para o melhoramento desta dissertação.

Ao Dr. Sá e Couto e ao Dr. João Lougarinho um especial obrigado pela disponibilidade e interesse demonstrado e pela participação na validação do instrumento de estudo utilizado nesta dissertação.

Ao Dr. Lúcio Batista por se ter disponibilizado a participar no painel de validadores do instrumento de estudo.

Aos meus amigos do mestrado, porque sem eles nada seria possível, obrigada por todos os momentos de diversão e companheirismo que me proporcionaram ao longo destes dois anos, aqui ganhei amigos para a vida. Em especial à Mariana Alves, ao Pedro Machado, à Sandra Ramos, ao Paulo Carvalho e à Cláudia Tavares.

Ao João Neto e à Sónia Oliveira, por me terem acompanhado desde o primeiro dia do início da minha vida académica, obrigada por todos estes anos e pela amizade incondicional.

Por fim um especial obrigado ao meu grupo de amigos, que me motivaram e ajudaram ao longo deste difícil percurso e nunca me deixaram desistir. Obrigada: Catarina Pereira, Mariana Gonçalves e Patrícia Araújo.

## **Lista de Siglas**

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

MS - Ministério da Saúde

SAMS - Assistência Médico Social

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Primários

USF - Unidades de Saúde Familiares



## Índice Geral

Introdução.....	1
1. O Sistema Nacional de Saúde Português .....	4
1.1. O Serviço Nacional de Saúde Português.....	9
1.1.1. Evolução do SNS português .....	9
1.1.1. Avaliação económica financeira .....	16
2. <i>Case Management</i> .....	20
2.1. <i>Case Managers</i> .....	21
2.1.1. Competências do <i>Case Manager</i> .....	23
2.1.2. Funções do <i>Case Manager</i> .....	26
2.2. Etapas do programa <i>Case Management</i> .....	27
3. Metodologias de Investigação .....	33
3.1. Tipo de estudos e objetivos.....	33
3.2. Variáveis de estudo e Questões de investigação .....	33
3.3. Amostra .....	33
3.4. Instrumento.....	34
3.5. Análise estatística – procedimentos realizados .....	42
4. Análise de dados.....	45
4.1. Caraterização da amostra .....	45
4.2. Dimensão Aplicabilidade do <i>Case Manager</i> .....	46
4.3. Conhecimento do conceito de <i>Case Management</i> .....	47
4.4. Dimensão Qualidade .....	49
4.5. Dimensão Otimização .....	50
4.6. Dimensão Capacitação Pessoal .....	51
5. Discussão .....	53
5.1. Dimensão Aplicabilidade do <i>Case Manager</i> .....	53
5.2. Conhecimento do Conceito de <i>Case Management</i> .....	54
5.3. Dimensão Qualidade .....	56
5.4. Dimensão Otimização .....	58
5.5. Dimensão Capacitação Pessoal .....	59
6. Conclusão.....	61

Referências Bibliográficas .....	64
Referências Legislativas .....	69
Anexos .....	i

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Nº de hospitais por localização geográfica e natureza institucional .....	7
Tabela 2 - Evolução do SNS (quadro resumo) .....	15
Tabela 3 - Revisão da literatura, identificação dos benefícios da introdução do <i>Case Manager</i> .....	35
Tabela 4 - Questionário <i>Case Management</i> .....	37
Tabela 5-Frequências e médias observadas; Método <i>Face Validity</i> .....	38
Tabela 6-Frequências e Médias observadas; Método <i>Face Validity</i> .....	38
Tabela 7-Frequências e Médias observadas; Método <i>Face Validity</i> .....	39
Tabela 8- Teste de KMO e Bartlett.....	40
Tabela 9 - Matriz de Componente e variância total explicada .....	40
Tabela 10 -Teste de KMO e Bartlett .....	41
Tabela 11 - Matrix da Componente, rotatividade: Varimax e Variância total explicada .....	41
Tabela 12 - Teste <i>Apha de Cronbach</i> , avaliação da consistência interna.....	42
Tabela 13 - Variáveis Sociodemográficas.....	45
Tabela 14 - Frequências e percentagens observadas (n=158), Utentes, Dimensão Aplicabilidade do <i>Case Manager</i> .....	46
Tabela 15 – Frequências e percentagens observadas, (n=85) Profissionais de Saúde, Dimensão Aplicabilidade do <i>Case Manager</i> .....	47
Tabela 16 - Frequências e percentagens observadas, (n=56), Utentes, Dimensão Qualidade. ....	49
Tabela 17 - Frequências e percentagens observadas, (n=35), Profissionais de saúde, Dimensão Qualidade .....	50
Tabela 18- Frequências e percentagens observadas, n=56, Utentes, Dimensão Otimização... ..	50
Tabela 19 – Frequências e percentagens observadas, (n=35), Profissionais de Saúde, Dimensão Otimização.....	51
Tabela 20 - Frequência e percentagens observadas (n=56), Utentes, Dimensão Capacitação Pessoal.....	51
Tabela 21 – Frequências e percentagens observadas (n=35), Profissionais de saúde, Dimensão Capacitação Pessoal.....	51

## Lista de Figuras

Figura 1 - Percentagem de população coberta por um seguro de saúde privado, por tipo de seguro na OCDE, 2011 .....	6
Figura 2 – Organograma do Sistema Nacional de Saúde Português .....	8
Figura 3 – Fontes de financiamento do Serviço Nacional de Saúde Português .....	17
Figura 4 - Os gastos em saúde como percentagem do PIB (2013).....	18
Figura 5 - Principais competências do <i>Case Manager</i> .....	26
Figura 6 - Processo de Case Management: 6 etapas.....	31
Figura 7 - Conhecimento do termo <i>Case Management</i> , Profissionais e Utentes .....	48
Figura 8 - Introdução do <i>Case Manager</i> no Sistema Nacional de Saúde Português, Profissionais e Utentes .....	48

## Introdução

Esta dissertação de mestrado intitula-se “ Perceção da necessidade de integração dos *Case Managers* no Sistema Nacional de Saúde Português: A importância destes profissionais na melhoria dos serviços de saúde”, apresentando como objetivo principal de estudo: a avaliação da perceção da necessidade de integração dos *Case Managers* no Sistema Nacional de Saúde.

Como este tema ainda é relativamente novo em Portugal e pouco conhecido tanto entre os profissionais de saúde, como pelos utentes, surgiu a necessidade de explorar esta temática, visto tratar-se de um tema diferente, desafiante e ainda pouco explorado em Portugal. O *Case Management*, atualmente ainda não se encontra inteiramente estabelecido em Portugal, no entanto já vai surgindo alguns profissionais a desempenhar alguns papéis de *Case Management*. Contudo, o *Case Management* já se encontra bem estabelecido em alguns países como: o Canadá, os Estados Unidos e a Austrália. Este pretende garantir através do processo de *Case Management* que o doente usufrua de uma experiência mais positiva na utilização dos serviços de saúde, como também poupar recursos, diminuir gastos financeiros e evitar que os serviços de saúde estejam fragmentados. Deste modo, o *Case Management* aborda diretamente vários problemas referentes ao sistema de saúde atual, nomeadamente acesso aos cuidados de saúde, a alocação de recursos, contenção de custos e a eficácia dos cuidados de saúde. Estes são problemas com os quais os pacientes, prestadores de saúde e políticos se debatem diariamente. Há medida que o sistema de saúde evolui e as necessidades da população mudam, o *Case Management* torna-se cada vez mais necessário de forma a atender às necessidades de todos (Physian Advisory Committee, 2001).

O *Case Manager* é um elemento intermediário e facilitador entre o paciente, a equipa multidisciplinar de cuidados, os serviços de prestação de cuidados, as seguradoras e todas as restantes partes envolvidas e necessárias para dar resposta às necessidades do indivíduo. Como o *Case Manager* é um elemento interveniente nos serviços de saúde, torna-se pertinente refletir sobre a saúde em Portugal.

Em Portugal, estamos perante um estado social, onde o direito à proteção da saúde está descrito na Constituição da República Portuguesa, mais precisamente no artigo 64º, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (Rego & Nunes, 2010). Deste modo, a saúde é um direito fundamental de todos os indivíduos, e deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião ou condição socioeconómica. Através da Lei de Bases podemos confirmar, na sua Base II, que um dos objetivos fundamentais da política de saúde em Portugal é “obter igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços” (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

Ao longo da história é possível verificar que a definição de saúde tem vindo a alterar-se. A definição de saúde varia no espaço e no tempo de acordo com os diferentes valores das sociedades, no entanto deve ser sempre construída como um instrumento para promover a

qualidade de vida. Neste sentido a Organização Mundial de Saúde (OMS), define saúde como “um estado de completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afeções e enfermidades”.

Portugal nos últimos séculos percorreu um longo caminho. Apenas em 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Segundo a base XII, da Lei de Bases o sistema de saúde é “constituído pelo Serviço Nacional de Saúde por todas as entidades públicas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou algumas daquelas atividades (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto).

Nesta sequência o primeiro capítulo desta dissertação terá uma breve contextualização teórica. Numa primeira parte abordará o Sistema Nacional de Saúde, será feita uma breve abordagem aos elementos que o constituem e será abordada a sua evolução, através da datação dos principais acontecimentos na saúde, antes e após a revolução democrática de 25 de Abril de 1974. Será também realizada uma avaliação económico-financeira. Nesta primeira parte pretende-se que o leitor tenha uma noção mais aprofundada da evolução dos serviços de saúde em Portugal, das debilidades que apresenta e em que foi criado e a nível económico-financeiro como se tem comportado quando comparado com os outros países da OCDE. Estes aspetos são importantes para que de seguida seja introduzido o *Case Management*. Deste modo, será feita uma abordagem à definição de *Case Management*, ao processo de *Case Management*, nomeadamente às principais etapas que o constituem. Não é coerente falar em *Case Management* sem referir os *Case Managers*, neste sentido é importante identificar que profissionais podem adotar este papel e que competências devem apresentar.

No segundo capítulo será desenvolvido ao pormenor as metodologias de investigação, definição dos objetivos de estudo, variáveis em estudo e questões de investigação, amostra, instrumentos de recolha de dados e a sua respetiva análise estatística. De seguida no terceiro capítulo serão apresentados os resultados e os mesmos serão discutidos no IV capítulo. Por último serão apresentadas as conclusões referentes ao estudo efetuado.

# **Capítulo I**

## **Contextualização Teórica**

## **1. O Sistema Nacional de Saúde Português**

Os sistemas de saúde enquanto instrumentos sociais são fundamentais na proteção à doença das populações, deste modo estão sujeitos à realidade onde estão inseridos e à sua dinâmica evolutiva. Torna-se importante que adotem uma postura de pró-atividade e flexibilidade de adaptação de modo a dar resposta de forma rápida e eficaz às necessidades da população (Barros & Gomes, 2002)

O Sistema Nacional de Saúde Português é definido como um “conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sobre superintendência do Ministério da Saúde” (Decreto-lei 11/93, de 15 de Janeiro).

Atualmente o Sistema Nacional de Saúde Português é constituído pelo SNS, pelo sector segurador, pelos subsistemas de saúde públicos e privados e pelo sector privado (Paulo, 2010; Silva, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) é um departamento governamental, responsável por definir e conduzir a política nacional de saúde, de forma a garantir uma aplicação e utilização sustentável dos recursos e a avaliação dos seus resultados. São atribuídas ao MS as seguintes funções (Decreto-lei 124/2011, de 29 de Dezembro):

- Deve assegurar todas as ações necessárias para a formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde
- Deve exercer funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção em relação ao SNS.
- Deve exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização às atividades desenvolvidas pelo sector privado, quer estejam integradas ou não no sistema de saúde.

O MS cumpre o seu propósito através de: serviços integrados na administração direta do Estado; organismos integrados na administração indireta do Estado; órgãos consultivos; entidades integradas no sector empresarial do Estado; outras entidades (Decreto-lei 124/2011, de 29 de Dezembro). Através da figura 2 (página 8), é possível verificar os órgãos que dependem do MS.

O SNS segundo o artigo 64º da Constituição é “ um serviço nacional de saúde universal e geral que tem em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Quando o SNS foi criado, os subsistemas de proteção na doença previamente existentes não foram absorvidos (Associação Portuguesa de Seguradoras, 2009).

Os subsistemas, são entidades de natureza pública ou privada, que por lei ou através de contrato, asseguram a prestação de cuidados de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou comparticipam financeiramente os correspondentes encargos (Entidade Reguladora da saúde, 2009).



Uma parte considerável da população portuguesa beneficia de um seguro de saúde através dos diferentes subsistemas (públicos ou privados), quer diretamente através do seu emprego ou indiretamente por via do emprego de um membro do agregado familiar (Moreira & Barros, 2009).

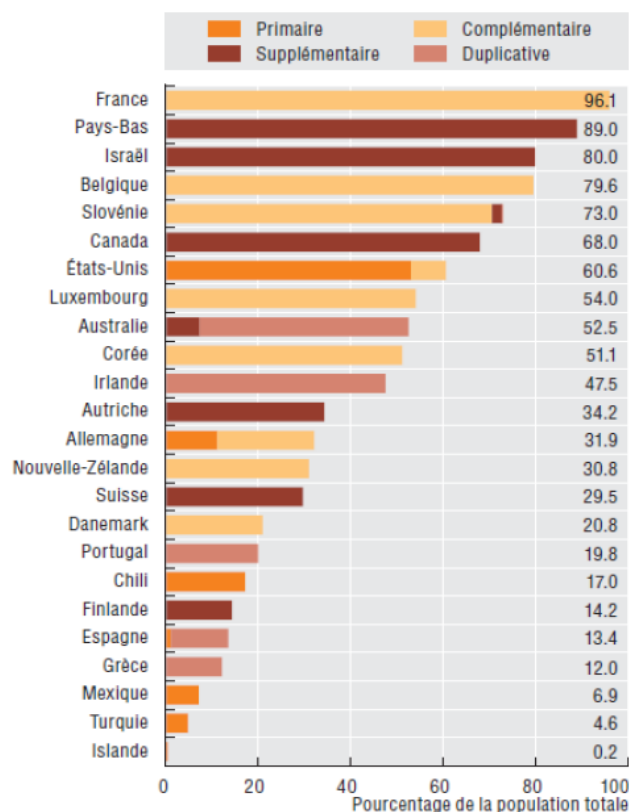
Entre os subsistemas de dupla cobertura o maior é a da Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE) que trabalha com convenções, através da contratualização de entidades terceiras para a prestação de cuidados aos seus beneficiários. A ADSE abrange a maioria dos funcionários públicos e os seus dependentes (Barros, 2013; Moreira & Barros, 2009). Quanto aos subsistemas privados, estes foram criados especificamente para os trabalhadores de algumas empresas ou sectores de atividade, como é o exemplo do Serviço de Assistência Médico Social (SAMS) do sector bancário (Moreira & Barros, 2009). O SAMS para além de ter acordos com identidades terceiras presta serviços através dos hospitais que é proprietário (Barros, 2013). Os subsistemas atuam tanto como um meio complementar, como suplementar ao SNS (Moreira & Barros, 2009).

Relativamente aos seguros de saúde privados, existe no contexto nacional diferentes tipos de sistemas, nomeadamente, sistema de reembolso, sistema convencionado e sistema misto (Ramos & Silva, s.d.).

No sistema de reembolso a empresa de seguros indemniza o segurado numa parte das despesas de saúde suportadas por este, através da apresentação dos respetivos comprovativos. No sistema convencionado a empresa de seguros dispõe de uma rede de profissionais de saúde ou entidades que prestam cuidados de saúde. Por último existe o sistema misto que dispõe de características dos sistemas anteriores (Ramos & Silva, s.d.).

Nos países com SNS, os seguros de saúde privados permitem: uma cobertura adicional dos custos que não são assegurados pelas entidades públicas (seguro suplementar); um acréscimo dos serviços fornecidos (seguro complementar); um acesso mais rápido ou maior na escolha dos fornecedores de saúde (seguro duplicativo) (OCDE 2013).

Na figura 1, é possível observar que a procura dos seguros de saúde privados em Portugal é meramente duplicativa, à semelhança de outros países da OCDE, como a Irlanda e a Grécia. Estes dados estão em concordância com o facto de neles existir um acesso público aos serviços básicos de saúde, como consultas médicas e de especialidade, exames e intervenções cirúrgicas o que leva a uma procura duplicativa e não primária dos cuidados de saúde (Colombo & Tapay, 2004; OCDE b, 2013). Em 2011 cerca de 19,8 % da população portuguesa encontrava-se coberta por um seguro de saúde privado, como é possível confirmar na figura 1 (OCDE b, 2013).



**Figura 1-** Percentagem de população coberta por um seguro de saúde privado, por tipo de seguro na OCDE, 2011

**Fonte:** OCDE b. (2013). *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*. França: OCDE

Os serviços privados de saúde oferecem um leque vasto de serviços, nomeadamente, cuidados de saúde primários (CSP), cuidados continuados, cuidados ao domicílio, consultas e hospitalização (aeicp, 2008).

Em 2007, em Portugal existiam cerca de 40 clínicas privadas, sem acordos com seguros de saúde, totalizando mais de 2.200 camas para internamento. A este número podemos somar mais de 900 camas pertencentes às clínicas privadas com acordos e aos centros públicos cuja gerência pertencia a entidades privadas (aeicp, 2008) .

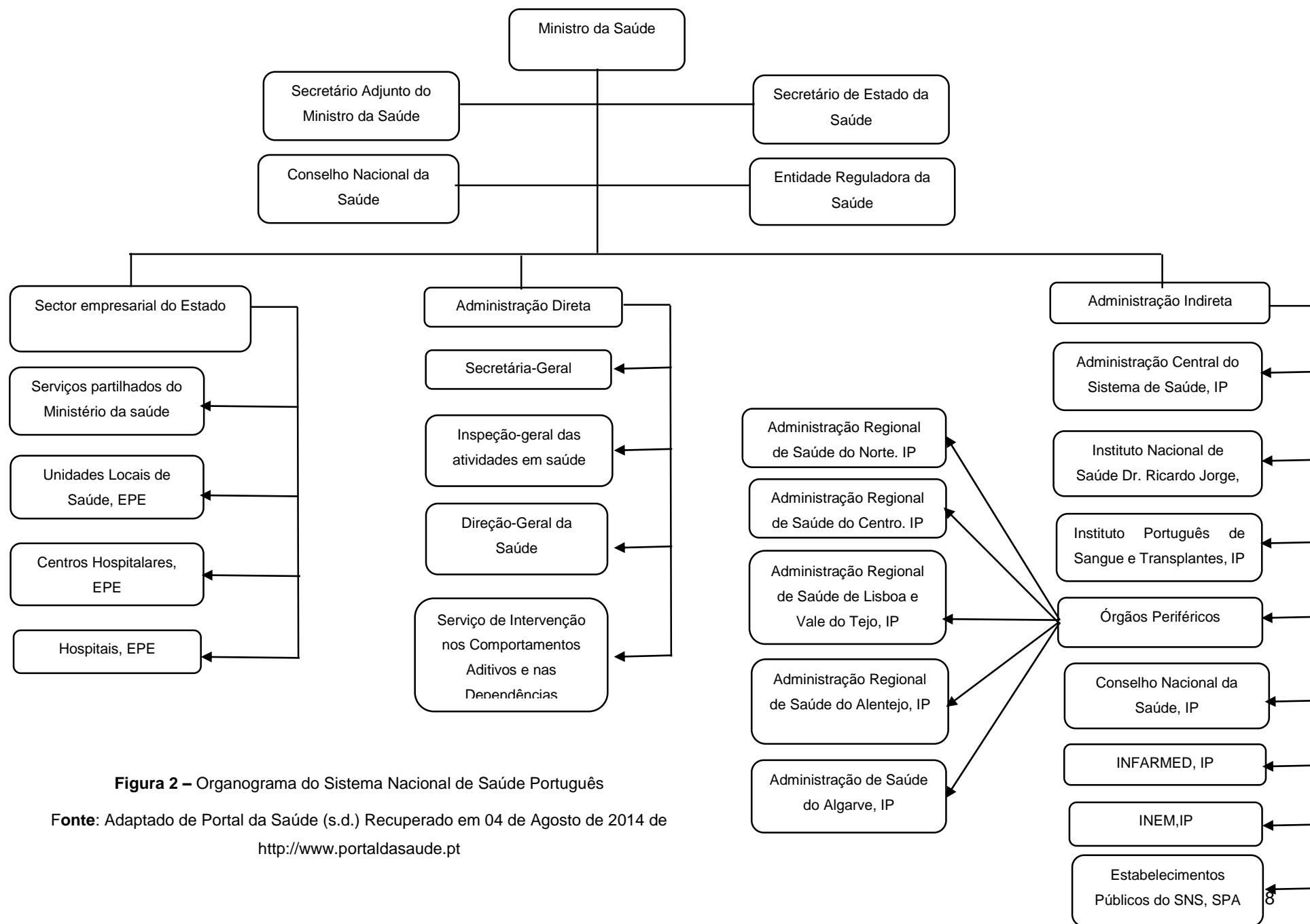
Em 2013, em Portugal existiam no total 226 hospitais, sendo que 107 são de índole privada e 119 públicos, como é possível verificar na tabela 1.

**Tabela 1 - N° de hospitais por localização geográfica e natureza institucional**

Localização geográfica (NUTS-2013)	Hospitais (nº) por localização geográfica (NUTS 2013) e Natureza institucional; Anual		
	Nº Total	Nº Oficial	Nº Privado
Portugal	226	119	107
Continente	209	113	96
Região Autónoma dos Açores	8	3	5
Região Autónoma da Madeira	9	3	6

**Fonte:** Adaptado de: INE. (2015). Hospitais por localização geográfica e natureza institucional.

Recuperado em 03 de Agosto, 2013 de <https://www.ine.pt>.



**Figura 2 – Organograma do Sistema Nacional de Saúde Português**

**Fonte:** Adaptado de Portal da Saúde (s.d.) Recuperado em 04 de Agosto de 2014 de <http://www.portaldasaude.pt>

## **1.1. O Serviço Nacional de Saúde Português**

Ao longo das últimas décadas o SNS foi sofrendo diversas alterações até se moldar tal como o conhecemos hoje, evoluindo graças à influência de conceitos religiosos, políticos, económicos e sociais da época, de modo a dar resposta às necessidades expostas pela população (Moreira I. , 2011)

Ao conhecer a evolução do SNS português ajuda-nos a compreender os fatores que mais influenciaram o seu desenvolvimento e a sua configuração atual (OPSS, 2001). Deste modo, a história do SNS será abordada de seguida em 3 momentos: a saúde antes do 25 de Abril; a saúde após o 25 de Abril; e a saúde a partir de 2002 até a atualidade.

### **1.1.1. Evolução do SNS português**

#### **1.1.1.1. A saúde antes do 25 de Abril**

A primeira reforma do sistema de saúde ficou conhecida como a reforma de Ricardo Jorge, tendo sido baseada em grande parte na orientação e disciplina da “política sanitária” alemã (Abreu, 2003). Esta reforma teve início em 1899 com a organização dos serviços de saúde pública, através do Decreto-lei de 28 de Dezembro e do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública de 24 de Dezembro de 1901. Apesar de regulamentada em 1901, a organização entra apenas em vigor em 1903 (Governo de Portugal, s.d; Moreira I., 2009). Esta reforma caracterizou-se essencialmente por três princípios: i) implementação de medidas contra doenças evitáveis, através de imunizações, vigilância de fatores de risco do meio ambiente (água de abastecimento, alimentos do comércio); ii) vigilância no fabrico de determinados géneros alimentícios; iii) preparação dos técnicos de saúde pelos próprios serviços de saúde (Abreu, 2003). A prestação de cuidados de saúde era de carácter privado, competindo ao Estado apenas a assistência aos pobres (Governo de Portugal, s.d; Moreira, 2009).

Esta etapa é marcada pela revolução industrial, resultando na agregação populacional nas cidades. Na Europa, o Estado juntamente com outras organizações de solidariedade começam a responsabilizar-se pelo tratamento de doentes. Assim, os hospitais públicos tornaram-se locais de ensino e investigação (Moreira, 2009).

Em 1945, ocorreu a segunda reforma do sistema de saúde com a publicação do Decreto-Lei nº 35 108, de 7 de Novembro, na qual foram criadas duas direções gerais, a da Saúde e da Assistência. Esta reforma ficou conhecida como a reforma sanitária de Trigo de Negreiros, Subsecretário de Estado e da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior (Farinha,

2007; Governo de Portugal, s.d; Moreira, 2009). Assim, foi reconhecida a debilidade da situação sanitária do país e a necessidade de uma ação interventiva por parte do Estado. Posto isto, foram criados institutos especificamente dirigidos aos problemas de saúde públicos, como a tuberculose e a saúde materna e pela primeira vez foram abordados três objetivos de política em saúde: “assistência preventiva”, “assistência paliativa e curativa” e “assistência construtiva” (Governo de Portugal, s.d; Moreira, 2009).

No ano seguinte, em 1946 é publicada a lei nº 2011, de 2 de Abril, Lei da Organização Hospitalar. Esta estabeleceu pela primeira vez em Portugal as bases da organização hospitalar, promovendo a construção de hospitais com dinheiros públicos, contudo estes foram entregues às Misericórdias. Também foi criada a Federação de Caixas de Previdência, que tornaram os cuidados de saúde curativos mais centralizados, desenvolvendo-se em paralelo com os serviços de saúde públicos (Farinha, 2007; Governo de Portugal, s.d; Moreira, 2009).

Na década seguinte, em 1958, através do Decreto-lei nº 41 825, de 13 de Agosto, surgiu o Ministério da Saúde e da Assistência, desta forma a tutela dos serviços de saúde pública e os serviços da assistência pública deixaram de pertencer ao Ministério do Interior, passando para a tutela do Ministério da Saúde e da Assistência (Moreira, 2009).

Através da lei nº 2120 de 19 de Julho de 1963, são decretadas as bases de política de saúde e de assistência, sendo atribuído ao Estado competências de organização e manutenção dos serviços. Cabe também ao Estado fomentar a criação de instituições particulares que se inteirem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas, exercendo meramente uma ação supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares (Governo de Portugal, s.d).

Apesar destes esforços em 1965, apenas 40% da população encontrava-se coberta por um esquema de saúde (Farinha, 2007). Ainda de acrescentar que, também havia um baixo financiamento dos serviços públicos de saúde. Neste contexto, o acesso da população aos serviços de saúde era limitado e a cobertura dos serviços de saúde no país era insuficiente (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa, 2005). Deste modo, o início dos anos 70 em Portugal era marcado por indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis, quando comparados com outros países da Europa Ocidental (Rego & Nunes, 2010).

Apenas em 1968, com o Decreto-Lei nº 48358, de 27 de Abril, foi definido o regulamento Geral dos Hospitais, onde foram estabelecidas: normas quanto à classificação e funções dos hospitais; composição e competência dos órgãos de administração e direção técnica; esquema interno de serviços e regras para o seu funcionamento; estatuto, horário e carreiras de pessoal; as regras orientadoras da assistência aos doentes. Deste modo, os hospitais passaram a ser classificados como centrais, regionais e sub-regionais, consoante a sua área geográfica, de gerais e especializados, devido ao tipo de serviços prestados, e por fim de oficiais ou particulares, consoante o tipo de administração (Moreira, 2009).

Em 1971 ocorreu a reforma do sistema de saúde e assistência, concretizada pelo Decreto-Lei nº413/71, de 27 de Setembro, sendo conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002; OPSS, 2011; Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, &

Barbosa, 2005). Assim, foi reconhecido o direito à saúde a todos os cidadãos, competindo ao Estado, através de uma política unitária tutelada pelo Ministério da Saúde assegurar esse mesmo direito (Paulo, 2010). Esta reforma incluiu o estabelecimento dos Centros de Saúde de 1ª geração, constituindo assim já um esboço de um SNS (Branco & Ramos, 2001; OPSS, 2011; Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa, 2005). Nesse mesmo ano é publicado o Decreto – lei nº 414/71, de 27 de Setembro, estabelecendo o regime legal que permitiu a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais: carreiras médica de saúde pública, médica hospitalar, farmacêutica, administração hospitalar, ensino de enfermagem, enfermagem de saúde pública, enfermagem hospitalar, técnicos superiores de laboratório, técnicos terapeutas, técnicos de serviço social, técnicos auxiliares de laboratório e técnicos auxiliares sanitários (Abreu, 2003).

Assim sendo, verificou-se uma melhoria nos indicadores de saúde e passaram a ser satisfeitas não só as necessidades de cuidados de saúde primários, como também as necessidades médicas, relativamente à obtenção de recursos diferenciados que implicam custos elevados (Almeida, 2013).

#### **1.1.1.2. A saúde após o 25 de Abril**

A partir de 1974, foram criadas condições políticas e sociais, para que em 1979 fosse adotado o SNS. A implementação do SNS está associada à democratização do país e consequentemente as circunstâncias dessa democratização marcaram o desenvolvimento do SNS durante os seus primeiros anos (OPSS, 2001).

A revolução democrática de 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal, relativamente a novas políticas sociais, intervenção do Estado na definição de política da saúde, no planeamento, execução e intervenção face às assimetrias regionais e sociais, com reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002). O Estado tornou-se responsável por garantir que todos os cidadãos teriam iguais direitos quanto à proteção e acesso aos cuidados de saúde gratuitos e universais, independentemente do seu estatuto socioeconómico. Deste modo, a saúde passou a ser financiada essencialmente através de impostos, usufruindo de autonomia financeira e administrativa (Paulo, 2010). Para além disto, o SNS estruturou-se numa organização descentralizada e desconcentrada, contendo órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde), serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas) (Governo de Portugal, s.d).

Em 1980, as Misericórdias foram nacionalizadas e, em 1983 os centros de saúde foram integrados com os postos médicos dos Serviços Médico-Sociais, dando origem aos centros de saúde de 2ª geração (Branco & Ramos, 2001). No entanto, é de salientar que o desenho fundamental do SNS demorou cerca de dez anos a ser implementado, refletindo as condições

em que foi criado, nomeadamente entre contradições e lutas internas, entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002).

Deste modo, as circunstâncias políticas, sociais e económicas em que o SNS foi criado, levaram à incorporação de algumas debilidades fundacionais, tais como (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002; Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição, & Barbosa, 2005):

- Base financeira frágil;
- Inexistência de uma gestão apropriada/ especializada dirigida especificamente para a saúde;
- Limitações ao acesso aos cuidados de saúde;
- Baixa eficiência dos serviços públicos de saúde;
- Coexistência entre o financiamento público do SNS e da “medicina convencionada”.

A transformação do sistema de saúde em SNS gerou resultados positivos na saúde dos portugueses. De salientar que ocorreram melhorias quanto aos indicadores de mortalidade infantil, mortalidade perinatal e aumento da esperança média de vida. Relativamente à eficácia do SNS quanto à cobertura da população, os resultados foram igualmente positivos, entre 1974 e 1978 verificou-se um aumento de quase 100% da população coberta. Este aumento ocorreu mais concretamente entre 1977 e 1978, com a criação dos Centros de Saúde (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002).

Em 1988, através do Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de Janeiro, é aprovada a lei de gestão hospitalar, refletindo as preocupações decorrentes do aumento das despesas de saúde no orçamento do Estado. Nesta sequência, o Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de Janeiro veio introduzir alterações no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços. Deste modo, são reforçadas as competências dos órgãos de gestão, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002).

Em 1989, com a revisão da Constituição Portuguesa, ocorre a mudança de “serviço nacional de saúde gratuito” para “tendencialmente gratuito” (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002).

Em 1990, a lei nº48/90, de 24 de Agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde, esta veio estabelecer novos princípios ao nível da organização e funcionamento do sistema de saúde (Paulo, 2010; Abreu, 2003). O sistema de saúde passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados entre si: i) o SNS, com todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados, dependentes do MS; ii) os subsistemas de saúde pública de apoio; iii) todas as identidades privadas e profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de serviços de saúde (Sousa, 2009). Também neste ano, foram introduzidas taxas moderadoras ao acesso a determinados cuidados de saúde, com a exceção de determinados grupos de risco e indivíduos economicamente desfavorecidos (Abreu, 2003; Paulo, 2010).

Contudo é em 1992, segundo o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de Abril, que é estabelecido o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, a consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime ambulatório. Deste modo, as receitas



obtidas com o pagamento parcial do custo dos cuidados de saúde prestados constituirão parte da receita do SNS (Governo de Portugal, s.d).

Em 1993, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, define o novo estatuto do SNS, através do Decreto-Lei nº11\93 de 15 de Janeiro, permitindo assim que fossem aplicadas as alterações introduzidas pela Lei de Bases, levando à criação de unidades integradas. Estas unidades, visavam possibilitar a articulação entre grupos de centros de saúde e hospitais, procurando uma gestão de recursos mais eficaz para os destinatários. Subsequentemente, o Decreto-lei nº335/93, de 29 de Setembro, aprova o Regulamento das Administrações Regionais de Saúde (Governo de Portugal, s.d).

Em 1999, foram criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS, através do Decreto-Lei nº374/99, de 18 de Setembro. Os CRI são estruturas de gestão intermédia, que agrupam serviços e/ou unidades funcionais homogéneas (Governo de Portugal, s.d). Também nesse ano foi definido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do Decreto-Lei nº156/99, de 10 de Maio, estes eram constituídos por um conjunto de recursos articulados entre grupos hospitalares ou centros de saúde de uma mesma região, sendo organizados segundo critérios geográfico-populacionais. Os SLS tinham como objetivo promover a saúde e a racionalização de recursos (Governo de Portugal, s.d; Paulo, 2010). Através do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, são criados os centros de saúde e terceira geração. Estes são classificados como pessoas coletivas de direito público, sendo integrados no SNS, dotados de autonomia técnica, administrativa, financeira, com património próprio, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde (Governo de Portugal, s.d).

#### **1.1.1.4. A saúde a partir de 2002 até a atualidade**

Em 2002, foi aprovado um novo regime de gestão hospitalar, através do Decreto-Lei nº27/2002, de 8 de Novembro, introduzindo algumas alterações na Lei de Bases da saúde (Paulo, 2010). Assim, é definido um novo modelo de gestão hospitalar, são criados os modelos de gestão do tipo empresarial (EPE), devido à necessidade de uma gestão mais eficiente que permitisse controlar os custos do sistema (Farinha, 2007). Contudo é em 2005 com a publicação do Decreto-Lei 95/2005, de 7 de Junho, que surgem os primeiros Hospitais EPE, transformado os hospitais Sociedade Anónima (SA) em Empresas Públicas do Estado.

O Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de Abril cria a rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os CSP são constituídos: pelos centros de saúde integrados no SNS; por entidades do sector privado (com ou sem fins lucrativos) que prestam serviços através dos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor; e por profissionais ou agrupamentos de profissionais em regime liberal. Assim, Portugal adotou um sistema de “*gatekeeping*”, ou seja, o primeiro ponto de contacto com o SNS passa pelo médico de família, para uma primeira avaliação (Barros, 2013; Silva, 2010). Estes profissionais de saúde são responsáveis por prestar CSP e são eles que emitem pareceres para o acesso aos restantes níveis de cuidados (Farinha, 2007; Silva, 2010). Este sistema pretende evitar o recurso desnecessário a um médico

especialista e aos meios avançados de diagnóstico, evitando assim os custos associados (Barros, 2013). Deste modo, todos os indivíduos residentes em Portugal têm direito a um médico de família (Silva, 2010).

Também em 2003, através do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto, são revistas as taxas moderadoras, com o objetivo de moderar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde. Deste modo, são pagas taxas moderadoras no SNS nos seguintes casos (Decreto-lei 176/2003, de 1 de Agosto):

- Na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica tanto em serviços públicos como em privados convencionados, com exceção aos efetuados em regime de internamento;
- Nos serviços de urgência hospitalares e centros de saúde;
- Nas consultas hospitalares, nos centros de saúde ou em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

Nesse mesmo ano, através do Decreto-lei nº309/2003, de 10 de Dezembro, é criada a Entidade Reguladora da Saúde, desta forma, ocorre uma separação da função do Estado como regulador e supervisor em relação às suas funções de operador e financiador (Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro).

Em 2006 é criada a Rede Nacional de Cuidados Integrados, através do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, com o objetivo de dar resposta ao aumento: da população envelhecida, das doenças crónicas e incapacitantes e da esperança média de vida (Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

As primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF) surgiram em 2007 ao abrigo do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, o que gerou um aumento do número de portugueses com médico de família, passando de 9 634 000 de 31 de Dezembro de 2006, para 9 827 000 em 31 de Dezembro de 2008. As USF são mais pequenas que os tradicionais centros de saúde e pretendem garantir uma maior proximidade do SNS à população (Barros, 2013; Silva, 2010).

Através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (ACSS, s.d.). Os ACES pretendem garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Estes podem ser constituídos por um ou mais centros de saúde e podem compreender diversas unidades funcionais: USF; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; Unidades de Cuidados na Comunidade; Unidades de Recursos Assistências Partilhados (Entidade Reguladora da Saúde, 2009; Silva, 2010).

Em 2011 foi aprovada a Portaria nº 198/2011, de 18 de Maio, com o objetivo de facilitar o acesso dos cidadãos ao medicamento e promover a prescrição eletrónica, contribuindo para o aumento da qualidade da prescrição e da segurança do circuito do medicamento (Portaria nº 198/2011, de 18 de Maio).

Em 2014 é criado o Fundo para a Investigação em Saúde, através do Decreto-Lei nº 110/2014, de 10 de Julho, visando fomentar e fortalecer a investigação para a proteção,

promoção e melhoria da saúde de forma a obter ganhos em saúde (Decreto-Lei nº 110/2014, de 10 de Julho).

**Tabela 2** - Evolução do SNS (quadro resumo)

<b>Evolução do SNS</b>	
<b>A saúde antes do 25 de Abril</b>	
1899	1ª reforma do sistema de saúde: reforma de Ricardo Jorge.
1945	Criação de duas direções gerais, da Saúde e da Assistência. Reforma Sanitária de Trigos Negreiros.
1946	Lei da Organização Hospitalar.
1958	Surgiu o Ministério da Saúde e da Assistência.
1963	São decretadas as bases da política da saúde e da assistência.
1968	Definição do Regulamento Geral Dos Hospitais.
1971	Reforma de Gonçalves Ferreira: reforma do sistema de saúde e assistência.
<b>A saúde após o 25 de Abril</b>	
1979	Adoção do SNS.
1980	Nacionalização das Misericórdias.
1983	Criação dos Centros de saúde de 2ª geração.
1988	Aprovação da Lei da Gestão Hospitalar.
1989	2ª Revisão da Constituição Portuguesa: mudança de SNS “gratuito” para “tendencialmente gratuito”.
1990	É aprovada a lei de Bases.
1992	É estabelecido o regime de taxas moderadoras.
1999	Criação dos CRI e dos SLS e dos centros de saúde de 3ª geração.
2002	São criados modelos de gestão do tipo empresarial. Criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários
2003	São revistas as taxas moderadoras Criação da Entidade Reguladora da Saúde,
2006	Criação da Rede Nacional de Cuidados Integrados
2007	Surgiram as primeiras USF
2008	São criados os Agrupamentos de Centros de Saúde
2011	Prescrição eletrónica
2014	Criação do Fundo para a Investigação em Saúde

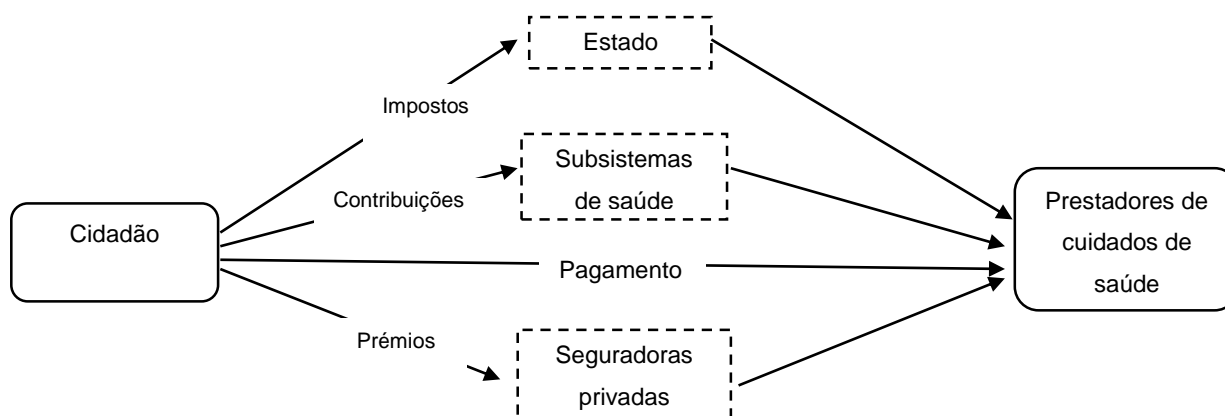
### 1.1.1. Avaliação económica financeira

Quanto ao modelo de financiamento, podem ser distinguidos dois modelos, o modelo de *Beveridge* e o modelo de *Bismark*. No modelo de *Beveridge* o Estado é a identidade central do sistema, os poderes públicos encontram-se diretamente envolvidos no planeamento e na gestão dos serviços de saúde. Este modelo baseia-se na cobertura universal, com financiamento via impostos. Alguns dos países que se regem por este modelo são o Reino Unido, a Irlanda, a Suécia, a Itália, a Dinamarca e a Espanha. No modelo de *Bismark*, as funções do Estado assentam nos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e prestação de cuidados de saúde, com medidas de contenção de custos, acreditação, qualidade de serviços prestados, na gestão de hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os utentes que não usufruem de um sistema de seguro. Alguns países que adotaram este modelo foram a Alemanha, a França, a Áustria, a Holanda e a Bélgica (Carrondo, 2014)

Os cuidados de saúde em Portugal são financiados essencialmente por quatro fontes: i) impostos; ii) contribuição para esquemas sociais de seguros; iii) subscrições voluntárias a esquemas privados de seguros; iv) pagamentos diretos aos prestadores de cuidados de saúde. Deste modo, estas quatro fontes de financiamento podem ser classificadas em sistemas compulsórios (impostos e seguro de saúde social) e sistemas voluntários (seguros de saúde voluntários e pagamentos diretos) (Barros & Gomes, 2002). O financiamento por impostos é assegurado por verbas recolhidas da coleta geral de impostos através do Orçamento de Estado. A contribuição para impostos é realizada de acordo com os rendimentos e despesas dos indivíduos ou empresas (exemplo: IVA). As contribuições nos seguros privados são calculadas consoante o risco do indivíduo ou grupo. No entanto, as contribuições para o seguro social, são normalmente definidas através do rendimento, e a gestão dessas contribuições é assegurada por fundos próprios. Nos subsistemas as contribuições também são calculadas consoante o nível de rendimentos. A ADSE trabalha com convenções, contratando a entidades terceiras a prestação de cuidados de saúde para os seus beneficiários. O SAMS para além de acordos com entidades terceiras presta cuidados através dos hospitais que é proprietário. O SNS também tem receitas próprias, que resultam da venda de serviços a outras entidades, como as seguradoras ou subsistemas de saúde e da cobrança de taxas moderadoras (Barros, 2013).

Na figura 3 é possível ter uma perceção mais simples das fontes de financiamento do Sistema Nacional de Saúde.

Consoante o descrito, o modelo de saúde português pode ser considerado um modelo misto, devido aos diversos modelos de pagamento que apresenta e desfruta de um financiamento público e privado (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002; Carrondo, 2014).



**Figura 3 – Fontes de financiamento do Serviço Nacional de Saúde Português**

**Fonte:** Criação do próprio autor

Posto isto, torna-se importante falar sobre a sustentabilidade financeira do SNS, sendo o orçamento para o SNS despesa pública, a sua principal fonte de receitas é a recolha de impostos. Deste modo, a disponibilidade de fundos para o SNS apresenta uma componente de decisão política relativamente à distribuição dos dinheiros públicos pelos diferentes ministérios. Assim sendo, numa época de maior crescimento económico, haverá uma maior recolha de impostos, logo mais dinheiro poderá ser atribuído ao SNS. Em contrapartida, em períodos de recessão económica com menos recolha de impostos, despesas maiores, a dificuldade em assegurar fundos públicos para o SNS acentuam-se (Barros, 2013).

Entre 2000 e 2009 ocorreu um aumento das despesas em saúde em Portugal, estas aumentaram em média 2,3% por ano (OCDE a, 2013). Quando comparado com os países membros da OCDE, durante esse mesmo período, em média o gasto *per capita* estima-se ter crescido 4,1% por ano (OCDE b, 2013).

A maior quota das despesas em saúde para o sector público e privado são referentes à prestação de serviços de cuidados curativos e reabilitação, e à disponibilização de dispositivos médicos a doentes não internados (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

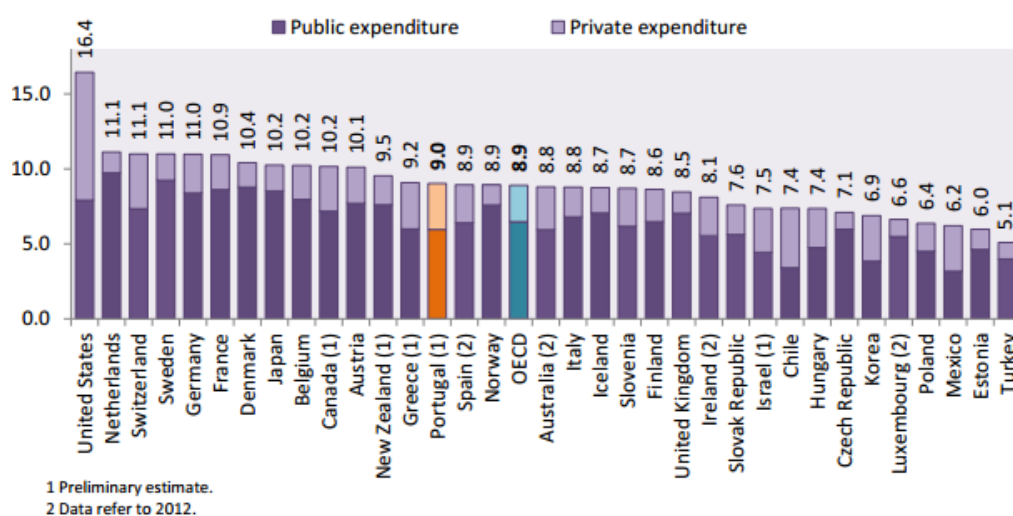
Baganha, Ribeiro e Pires (2002), apontam como fatores influenciadores do aumento da despesa: o aumento da população envelhecida, fatores de ordem tecnológica e o aumento do consumo *per capita* de cuidados de saúde.

Ao longo das últimas décadas verificou-se um aumento da esperança média de vida e uma diminuição da taxa de natalidade, resultando num aumento da população envelhecida. Segundo Baganha, Ribeiro, & Pires (2002), indivíduos com idade superior a 65 anos, tendencialmente procuram mais os cuidados de saúde. Barros (2013), afirma que cada indivíduo ao longo da sua vida, apresenta um momento de grande necessidade de cuidados de saúde, resultando num volume elevado de despesas, derivado dessa necessidade ocorrida nos seus últimos dois anos

de vida. No entanto, este não é o principal fator influenciador do crescimento das despesas da saúde em Portugal (Barros, 2013).

Cada vez mais surgem inovações tecnológicas ligadas à medicina, contudo um aumento da tecnologia não é necessariamente imperativo do aumento da produtividade do sector. Por outro lado, o aumento progressivo do consumo *per capita* de cuidados, gera um crescimento das despesas em saúde, um aumento das “listas de espera”, o uso excessivo dos serviços de urgência, criando insatisfação nos utentes e profissionais de saúde (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002).

A partir de 2010, verificou-se uma diminuição das despesas em saúde, em 2010 diminuíram 1,8% e em 2011 após a entrada da Troika <sup>1</sup> diminuíram 6,7% (OCDE a, 2013). Apesar desta descida em 2011, os gastos totais em saúde representavam 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB), um valor superior quando comparado com a média da OCDE de 9,3% do PIB. Em 2012 as despesas totais em saúde, em Portugal diminuíram para 9,5% e em 2013 para 9,0% do PIB situando-se em 2013 abaixo da média da OCDE (8,9%), como é possível verificar na figura 4 (OCDE a, 2013; OCDE 2014). A parcela da economia alocada para as despesas da saúde em Portugal é semelhante à de Espanha (8,9%), Itália (8,8%) e Grécia (9,2%) (OCDE 2014). Relativamente aos gastos da saúde *per capita*, em 2013 em Portugal, caíram 3,7% em termos reais (OCDE , 2015).



**Figura 4 - Os gastos em saúde como percentagem do PIB (2013)**

**Fonte:** OCDE (2015). How does health spending in Portugal compare? *OCDE Health Statistics*

2015

<sup>1</sup> Designação atribuída à equipa composta pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia.

Pode-se verificar que as despesas em saúde em Portugal desceram nos últimos anos, o mesmo também se sucedeu com outros países europeus, como consequência da crise económica (OCDE , 2015).

Em Portugal têm sido adotadas um grande número de medidas de contenção de custos, com o objetivo de reduzir os gastos públicos com a saúde, nomeadamente: i) os salários dos trabalhadores de saúde foram congelados e grande parte dos seus benefícios cortados; ii) redução do preço dos medicamentos de marca e genéricos e alterações no sistema de preços de referência. Deste modo, as despesas farmacêuticas diminuíram mais de 9% entre 2009 e 2011; iii) aumento das taxas de utilização dos serviços hospitalares de emergência, cuidados de saúde primários e serviços hospitalares. Introdução de copagamentos para um determinado número de medicamentos para doenças mentais (OCDE , 2015).

Relativamente à despesa pública em saúde esta tem vindo a reduzir continuamente desde 2010, enquanto a despesa privada apenas desceu em 2013, após um crescimento moderado nos anos anteriores. É importante salientar que em 2013, a despesa *per capita* com a saúde em Portugal mantém-se a um nível inferior ao registado antes da crise económica (OCDE , 2015).

No que se refere aos subsistemas de saúde, tomando como exemplo a ADSE por ser o subsistema com mais indivíduos, cerca de 1.290.816 beneficiários em 2013, a despesa total nesse mesmo ano foi de 484.468,6 €, apresentado um valor de despesa média por beneficiário de 375,3 € (PORDATA, 2015).

## 2. *Case Management*

Ao longo dos anos a definição de *Case Management* tem sofrido algumas alterações.

A sua origem remonta para o início de 1900. Nesta época o *Case Management* funcionava como um meio para prestação de cuidados e contenção de custos (Leonard & Miller, 2012).

Weil e Karls (1985) descrevem o *Case Management* como um conjunto de passos lógicos e processos de interação dentro de uma rede de serviços que assegura que o cliente receba os serviços que necessita de uma forma eficaz, eficiente e de uma maneira custo-benefício (Powell & Tahan, 2008).

Na década de 1920 a prática de *Case Management* encontrou as suas raízes nas áreas de psiquiatria e serviço social sendo dirigido para as doenças crónicas a longo prazo (Leonard & Miller, 2012).

ANA (1994) define o *Case Management* como um processo de entrega de cuidados em saúde, que tem como objetivo prover cuidados de saúde de qualidade, diminuir a fragmentação, aumentar a qualidade de vida do cliente e conter os custos (Powell & Tahan, 2008).

Atualmente a definição de *Case Management* é mais completa e ampla. A *Commission for Case Manager Certification* (CCMC), define *Case Management* como um processo colaborativo que analisa, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia as opções e serviços, de modo a atender às necessidades de saúde tanto do indivíduo como da sua família (CMSA, 2010). Segundo a organização *King's Fund* o *Case Management* pode ser definido como o processo de planejar, coordenar, gerir e rever os cuidados de saúde de um indivíduo, com o objetivo geral de desenvolver formas custo-eficazes e eficientes de coordenar os serviços de modo a melhorar a qualidade de vida dos utentes (Hutt, Rosen, & McCauley, 2004).

Presentemente, os *Case Managers* encontram-se distribuídos e inseridos em toda a comunidade de prestação de cuidados de saúde, adquirindo papéis multifacetados (Leonard & Miller, 2012).

O *Case Management* aborda diretamente vários problemas referentes ao sistema de saúde atual, nomeadamente, o acesso aos cuidados de saúde, a alocação de recursos, contenção de custos e a eficácia dos cuidados de saúde. Estes são problemas com os quais os pacientes, prestadores e políticos se debatem diariamente. Há medida que o sistema de saúde evolui e as necessidades da população mudam, o *Case Management* torna-se cada vez mais necessário, de modo a atender às necessidades de todos (Physian Advisory Committee, 2001).

Contudo, é importante compreender que a filosofia do *Case Management* define que todos os indivíduos são elegíveis para receber os cuidados de *Case Management*, independentemente da sua idade, cultura ou capacidade de pagamento, no entanto nem todos requerem o serviço de *Case Management*.

Não existe um único modelo de *Case Management*. O termo é usado para descrever uma grande variedade de abordagens, porém não existem evidências que um determinado



modelo seja em particular superior a outro (Department of Health, Social Services and Public Safety, s.d; Hutt, Rosen, & McCauley). A ausência de uma única definição gera falta de consenso. Em alguns contextos o *Case Management* é definido como um programa contínuo e individualizado, que visa manter o bem-estar geral do indivíduo. Contudo, em outros casos é descrito como uma intervenção intensiva, personalizada e limitada temporalmente com o objetivo de prevenir a ocorrência de um evento específico, normalmente referente a um internamento hospitalar de urgência (Ross, Curry, & Goodwin, 2011).

Apesar destas variantes, na prática, um dos objetivos globais do *Case Management* é o mesmo na grande maioria dos sistemas, criar autonomia no cliente, para que no futuro possa por si só obter os serviços necessários (ACMA, 2013).

Para que o *Case Management* seja eficaz, é importante que exista comunicação e colaboração ativa entre todas as partes envolvidas neste processo (cliente, família, cuidador, médicos das diferentes especialidades, secretariado, etc. (ACMA, 2013).

Este estudo irá explorar o *Case Management* de uma forma genérica, não se irá focar no *Case Management* direcionado para doenças específicas a longo prazo ou para episódios específicos.

## **2.1. Case Managers**

As instituições que implementam o *Case Management* designam indivíduos especializados denominados de *Case Managers*, que normalmente são profissionais de enfermagem, assistentes sociais, médicos, ou outros profissionais qualificados inseridos numa equipa multidisciplinar, que acompanham toda a trajetória dos pacientes durante a sua estadia hospitalar (CMSA, 2010; Powell & Tahan, 2008; Roggenkamp & White, 2001).

Os *Case Managers* podem ser empregados por uma grande variedade de organizações, no entanto também podem ser profissionais independentes que realizam contrato diretamente com o indivíduo ou com a seguradora para prestar os seus serviços (Arcadia Home Care & Staffing, 2013). Assim sendo, os *Case Managers* podem estar inseridos em (Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010; NCMN, 2012):

- Companhias de seguro;
- Planos de seguro individuais;
- Planos de seguro para cuidados a longo prazo;
- Hospitais;
- Empresas de cuidados ao domicílio;
- Cuidados continuados;
- Organizações comunitárias;
- Hospícios;
- Cuidados paliativos;

- Organizações de serviço social;
- Organizações religiosas e sem fins lucrativos;
- Companhias de compensação aos trabalhadores;
- Companhias de *Case Management* independente;
- Empresas de advocacia;
- Centros de dia.

O papel e a função dos *Case Managers* é definida por organizações/ sociedades profissionais, baseando o seu conhecimento em evidências científicas, literatura publicada por organizações que têm implementado programas de *Case Management* e ainda por materiais educacionais usados no treino dos *Case Managers*. Algumas das organizações responsáveis são a *Commission for Case Manager Certification*, *The Case Management Society of America* e a *Nurses Association* (Powell & Tahan, 2008). O primeiro exame de certificação foi dado em 1993 pela *Commission for Case Manager Certification*. Como resultado do processo de certificação a prática de *Case Management* ganhou credibilidade entre os empregadores, profissionais de saúde, consumidores e todas as restantes partes interessadas (Leonard & Miller, 2012; Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010).

Assim sendo, um bom profissional de *Case Management* deverá (ACMA, 2013; NCMN, 2012):

- Aliar a sua prática profissional com a missão, visão e valores da organização de cuidados de saúde em que está inserido;
- Seguir as práticas *standard* de *Case Management*;
- Apresentar normas de conduta;
- Obter os certificados necessários para a sua formação;
- Participar na orientação e treino de novos membros do seu departamento;
- Demonstrar compromisso, iniciativa, integridade e flexibilidade;
- Avaliar regularmente o seu próprio desempenho e definir metas para o seu desenvolvimento pessoal e profissional;
- Manter os seus conhecimentos atualizados, para que possa aplicá-los à sua prática diária;
- Trabalhar em parceria com os clientes e a sua rede social;
- Defender os direitos do cliente;
- Focar-se na continuidade e qualidade dos cuidados prestados;
- Ser responsável;
- Demonstrar compaixão, empatia e carinho ao lidar com o cliente e com a sua rede social.

### 2.1.1. Competências do *Case Manager*

Para que o programa de *Case Management* funcione eficazmente, o *Case Manager* necessita de ter determinadas habilidades e competências para que possa desempenhar corretamente o seu papel. São identificadas quatro áreas chave que influenciam essas competências: a transparência de processo, papel e competências, capacidades e apoio, bem como a construção de relacionamentos com os principais *stakeholders*, ou seja, os pacientes.

Relativamente à primeira área, transparência de processo, todo o processo de *Case Management* deve ser transparente, para tal deve existir um indivíduo ou equipa que supervisione e seja responsável por todo o processo de cuidados e assistência. Quando esta via não é adotada existe um risco de fragmentação dos serviços de saúde (ACMA, 2013).

Quanto ao papel e competências, é importante que exista clareza em torno dos papéis, responsabilidades e limites de todas as partes envolvidas no processo de cuidados do paciente. Se tal não acontecer, pode ocorrer sobreposição de tarefas e responsabilidades, o que pode gerar confusão sobre os papéis de cada membro da equipa (ACMA, 2013).

Relativamente à área capacidades e apoio, o papel do *Case Manager* pode ser realizado por um profissional que apresente ou não um *background* clínico. A experiência profissional de base de um *Case Manager* não é geralmente o fator que determina a eficácia no desempenho do seu papel. Deste modo, o que é importante é o que o *Case Manager* esteja equipado e treinado com as competências necessárias (Treadwell, et al., 2015).

Um *Case Manager* deverá apresentar as seguintes competências: capacidade de relacionamento interpessoal, comunicação, competências na resolução de problemas, negociação e capacidade de intermediação, pensamento crítico, técnicas de entrevista, competências de ensino e colaboração.

Para que um *Case Manager* apresente uma boa capacidade de relacionamento interpessoal é importante que sejam capazes de estabelecer bons relacionamentos e de comunicar com uma grande variedade de pessoas. Para tal, necessitam de ser acessíveis e capazes de demonstrar empatia, mesmo ao abordar problemas de menor importância. Deste modo, a capacidade de comunicar é um fator importante e determinante, um *Case Manager* que apresente grandes dificuldades em comunicar, terá grandes dificuldades em ser bem-sucedido no seu trabalho. A razão pela qual comunicar é tão difícil, é porque envolve mais do que palavras faladas, exige também comunicação não-verbal e é necessário saber ouvir o outro. Posto isto, também deve estar familiarizado com certos elementos e terminologias legais e de seguros. A nível legal deve ter conhecimentos sobre questões de responsabilidade, uso de depoimentos, leis de confidencialidade e os procedimentos e requisitos aceites para partilhar ou libertar informação. Para que possa interagir corretamente com a entidade seguradora (Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010; NCMN, 2012).

Deste modo, para que o *Case Manager* seja um bom comunicador deve (NCMN, 2012):

- Demonstrar sensibilidade;

- Ouvir de forma atenta, eficaz e facilitar a discussão de modo a assegurar a troca de informação a partir de múltiplas perspetivas;
- Adaptar a comunicação ao tipo de audiência, tendo em conta a diversidade social e cultural;
- Fornecer informações e responder a perguntas de uma forma sensível, oportuna, empática e verdadeira;
- Respeitar a confidencialidade, privacidade e autonomia em todas as comunicações verbais e escritas com os clientes;
- Demonstrar abertura e flexibilidade ao lidar com outros pontos de vista;
- Determinar os melhores meios ou estratégias de comunicação;
- Competências para a realização de entrevistas.

Os *Case Managers* realizam frequentemente entrevistas de modo a obter e a fornecer a informação necessária para que possam conduzir o processo de *Case Management*. É importante que o *Case Manager* realize uma preparação prévia de modo a garantir que os objetivos definidos para a entrevista são alcançados. As entrevistas podem ser realizadas só com o cliente, ou também podem incluir um grupo de indivíduos, nomeadamente a família do mesmo. Posto isto, é importante que o *Case Manager* tenha conhecimento sobre o modo correto como conduzir uma entrevista, designadamente como se comportar, como deve dirigir e organizar as questões etc. (NCMN, 2012).

O *Case Manager* deve ter pensamento crítico, pois frequentemente terá uma vasta gama de informação através da qual terá que determinar o que é relevante para compreender as necessidades do paciente. O pensamento crítico é caracterizado como o processo de raciocínio, organização e análise de informação de modo que os problemas sejam corretamente entendidos e as soluções sejam orientadas para os resultados.

O *Case Manager* deve ter competências de ensino, ou seja, a capacidade de educar para que possa ajudar os pacientes a construir as ferramentas necessárias para se tornarem mais independentes e assim mais facilmente assumir o controlo das suas vidas. O *Case Manager*, dentro do seu range de competências pode conduzir estes ensinamentos ou pode introduzir o paciente aos recursos que o vão ajudar a construir estas competências (Powell & Tahan, 2008).

Para além do que foi mencionado um *Case Manager* também precisa de competências de negociação e capacidade de intermediação, visto que uma das componentes mais importantes do *Case Management* é a de advertir pelos interesses dos pacientes, ou seja, defender ou advogar em prol deste (Treadwell, et al., 2015; NCMN, 2012). Deste modo, advogar em prol do utente no caso da profissão de *Case Management* refere-se ao ato de apoiar ou recomendar em nome do paciente/ família/ cuidadores ou do próprio hospital para acesso a serviços e proteção, segurança e direitos do paciente (ACMA, 2013). O *Case Manager* (ACMA, 2013):

- Garante que o utente receba as informações necessárias sobre os benefícios, riscos, custos e tratamentos alternativos a que possa recorrer, incluindo a opção de não realizar nenhum tratamento;

- Promove a autonomia e envolvimento do paciente em todas as decisões, e auxilia a equipa de cuidados de saúde a entender e a respeitar a escolha do mesmo;
- Fornece ao paciente/ família/ cuidadores todas as ferramentas/ recursos disponíveis para que possa realizar escolhas informadas;
- Utiliza a comissão de ética ou outro recurso necessário para resolver conflitos ou desafios que surjam relativamente à assistência do paciente;
- Demonstra capacidade em balancear os recursos necessários consoante as preferências do utente;
- Assegura que os desejos dos pacientes são respeitados;
- Assegura que os casos de abuso, negligência ou abuso são encaminhados para as organizações corretas.

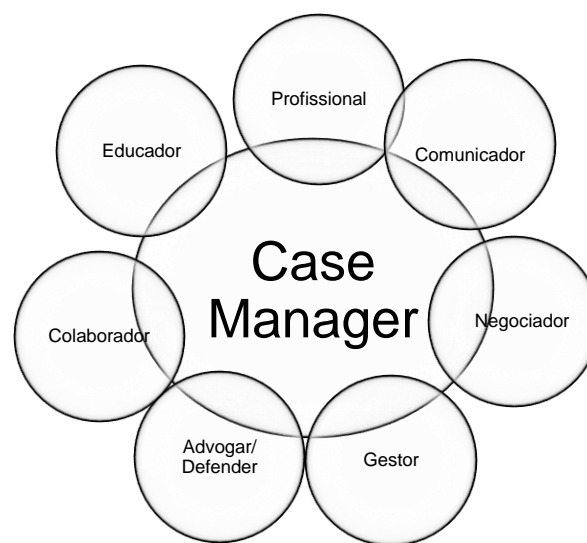
Um *Case Manager* deve ter capacidades e meios para agir de forma rápida e eficaz, resolvendo todo os problemas que possam surgir no decorrer do processo de *Case Management*. Deste modo, a coordenação de cuidados requer que o *Case Manager* tenha uma supervisão do sistema de saúde e social, de forma a realizar uma avaliação, para que possa aceder aos serviços apropriados para cada doente no tempo apropriado. Os *Case Managers* precisam muitas vezes de encontrar soluções para os problemas com que deparam recorrendo a diversos prestadores de serviços e redes de cuidados informais, se disponíveis. Cabe igualmente à equipa de *Case Management* trabalhar de forma autónoma para superar os obstáculos encontrados (Treadwell, et al., 2015).

Posto isto, é necessário que o *Case Manager* saiba colaborar. O processo de colaboração passa pelo trabalho contínuo com o paciente/ família/ cuidador e com a equipa de prestação de cuidados, de modo a que haja uma comunicação fluída entre todos os membros envolvidos. Deste modo, através do processo de colaboração, o *Case Manager* irá facilitar o alcance de bons resultados (NCMN, 2012). Para alcançar uma boa colaboração o *Case Manager* deverá (NCMN, 2012):

- Estabelecer e manter relações com a equipa de trabalho que favoreçam a colaboração centrada no cliente:
  - Demonstrar compreensão pelas responsabilidades e pelas perspetivas de outras partes interessadas;
  - Partilhar informações importantes com as partes interessadas atempadamente;
  - Promover a tomada de decisão compartilhada, ativa e informada.
- Colaborar com os *stakeholders*, de modo a prevenir, gerir e resolver conflitos;
  - Manter um diálogo aberto e honesto com as partes interessadas, de modo a promover uma abordagem centrada no doente;
  - Reconhecer situações reais ou potências de conflito;
  - Negociar com os outros de modo a atenuar barreiras e atenuar resultados.
- Construir redes de recursos:

- Estabelecer e manter uma rede formal ou informal para apoiar a prestação de serviços dos clientes;
- Usar estratégias eficazes para a ligação com partes interessadas.

Todos os aspetos acima mencionados são importantes. Mesmo quando o processo de *Case Management* não requer que o *Case Manager* vá para além dos limites da sua área de especialidade, este precisa de estar consciente de todo o *background* psicossocial, ambiental, familiar, económico e religioso do paciente (Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010). Deste modo, o *Case Manager*, precisa de ser um educador, coordenador, comunicador, colaborador, líder, gestor de qualidade e negociador (Treadwell, et al., 2015).



**Figura 5-**Principais competências do *Case Manager*

**Fonte:** Adaptado de: NCMN. (2012). *Canadian Core Competency Profile for Case Management Providers*. Canadá.

### 2.1.2. Funções do *Case Manager*

As funções e responsabilidades de um *Case Manager* são influenciadas pelo tipo de organização de cuidados de saúde em que está inserido. De seguida são enumeradas algumas das funções do *Case Manager* (Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010):

- Avaliar os resultados do processo de *Case Management*;
- Monitorizar os progressos e os cuidados do paciente;
- Escrever relatórios sumários;
- Envolvimento e desenvolvimento em atividades para a garantia de qualidade dos serviços;
- Escrever relatórios;

- Determinar as necessidades do paciente;
- Atuar como elo de ligação entre os pacientes e a equipa de cuidados de saúde;
- Identificar os paciente que estão a utilizar um grande número de serviços;
- Analisar dados;
- Comunicar com a equipa de cuidados, com o paciente, a sua família ou cuidador;
- Recolher informação para o historial médico;
- Colaborar no desenvolvimento e identificar falhas no plano de cuidados ou de tratamento;
- Verificar se o paciente está a cumprir com o plano de cuidados;
- Evitar o uso de serviços de alto custo;
- Assegurar que os cuidados são prestados nas condições apropriadas;
- Completar a documentação necessária para o paciente usufruir dos serviços;
- Educar os pacientes para a promoção na saúde;
- Manter a confidencialidade;
- Implementar estratégias de gestão de custos;
- Identificar os recursos existentes na comunidade;
- Reportar/ Denunciar o uso inapropriado de recursos;
- Agendar avaliações médicas;
- Obter aprovação para o estabelecimento de determinados contatos;

## **2.2. Etapas do programa *Case Management***

O processo de *Case Management* pode ser considerado como uma abordagem sistemática à entrega e gestão de cuidados ao paciente. Este processo identifica as atividades que o *Case Manager* deve realizar e em que intervalos de tempo deve intervir no decurso do tratamento. Para a implementação deste processo o *Case Manager* deve trabalhar de perto com toda a equipa multidisciplinar (Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010; Powell & Tahan, 2008). Nesta dissertação serão abordadas 6 etapas do processo de *Case Management*.

### **1º Etapa - Identificação e Seleção de Casos:**

Esta etapa é centrada na identificação de clientes que poderão beneficiar dos serviços de *Case Management*. Nesta etapa é possível identificar os indivíduos que apresentam um alto risco de uma futura admissão hospitalar (Mullahy, RN, BS, CRRN, & CCN, 2010; Powell & Tahan, 2008; Ross, Curry, & Goodwin, 2011) Se um individuo for identificado atempadamente, ou seja, antes de atingir o seu pior estado de saúde, existe um maior potencial para reduzir os internamentos futuros (Billings, Dixon, Mijanovich, & Wennberg, 2006; Ross, Curry, & Goodwin, 2011).

Em algumas organizações de saúde a identificação e seleção de casos não é considerada como o primeiro passo no processo de *Case Management*. Porém em outras organizações os *Case Managers* podem seguir todo o tipo de pacientes independentemente do nível de acuidade, da intensidade de serviço e recursos requeridos, ou necessidades. Quando esta etapa não é realizada, o *Case Manager* identifica os indivíduos que mais irão beneficiar dos seus serviços, baseando a sua decisão em critérios específicos e delineados pela própria organização (Powell & Tahan, 2008).

Segundo CMSA (2008), alguns dos critérios de seleção que podem ser usados em conjugação com outros fatores, são:

- Vive sozinho ou com alguém com deficiência;
- Fonte pagadora;
- Readmissão hospitalar ou readmissão dentro de 15 dias;
- Múltiplos médicos envolvidos incluindo especialistas;
- Overdose (intencional/ não intencional);
- Dependência química (álcool e drogas);
- Distúrbios alimentares (ex.: bulimia, anorexia nervosa);
- Doenças mentais crônicas;
- Alzheimer/ Demência;
- Comportamento não cooperativo, manipulativo ou agressivo;
- Coexistência de condições físicas e mentais;
- Indicadores socioeconômicos;
- Suspeita de abuso ou negligência em crianças ou idosos;
- Vítima de crime violento;
- Sem abrigo;
- Condições de pobreza;
- Ausência de sistema de apoio familiar ou social;
- Residência numa comunidade rural com recursos limitados ou inexistentes;
- Recursos financeiros limitados ou ausentes;
- Seguro de saúde ausente ou inadequado.

## **2º Etapa - Análise e identificação do problema:**

Esta etapa é um processo contínuo e dinâmico. Após a identificação do indivíduo em risco, é necessário identificar todas as suas necessidades e, de que modo estas podem ser atendidas. Deste modo, o conhecimento clínico e social tornam-se importantes (ADHC, 2010; Powell & Tahan, 2008; Ross, Curry, & Goodwin, 2011).

Algumas das questões que podem ser abordadas nesta etapa são (Powell & Tahan, 2008):

- Historial clínico e estado de saúde atual;
- Nível de mobilidade atual;



- Atual nível de funcionamento cognitivo;
- Atual regime/ acordos de cuidados formais;
- Atual regime/ acordos de cuidados informais;
- História Social e necessidade de cuidados sociais;
- Necessidades de cuidados físicos;
- Medicação;
- Necessidades mais amplas (habitação, assistência social, emprego e educação).

As informações obtidas devem ser revistas e analisadas de forma a constatar a sua veracidade e coerência (ADHC, 2010). De modo a conferir estes dados o *Case Manager* pode recorrer: ao paciente, à sua família e/ou cuidador; ao médico de família ou aos prestadores de cuidados primários; aos registos médicos hospitalares; outras organizações externas como serviços de cuidados ao domicílio (Powell & Tahan, 2008; ADHC, 2010).

Após a recolha de dados o *Case Manager* tem capacidade para: i) identificar os problemas atuais e potenciais a serem abordados; ii) definir os objetivos de tratamento; identificar as intervenções necessárias a ser incorporadas no plano de *Case Management*; iii) identificar os recursos necessários para abordar estes problemas (Powell & Tahan, 2008).

### **3º Etapa - Desenvolvimento do plano de *Case Management*:**

Um plano é um mapa de ações que documenta todas as intervenções, ações, responsabilidades, prazos estabelecidos e objetivos definidos. Planear é um processo contínuo e fluído que explora as necessidades contínuas e em mudança do indivíduo. É um processo centrado no indivíduo, que considera as circunstâncias familiares, ambientais, económicas, sociais e culturais (ADHC, 2010).

Através do plano de *Case Management*, o *Case Manager* estabelece os objetivos de tratamento e prioriza as necessidades do paciente, como também determina os tipos de serviços e recursos necessários para alcançar os objetivos estabelecidos e os resultados desejados (Powell & Tahan, 2008) .

Um plano de *Case Management* bem definido ajuda a diminuir o risco de cuidados de saúde inapropriados (Powell & Tahan, 2008) .

O plano de cuidados permite que o *Case Manager* faça referências a diversos serviços, coordene todos os serviços que o indivíduo deve estar em contacto, garantir que as referências recolhidas na etapa anterior foram “verificadas”, monitorizar se o indivíduo tem feito progressos.

### **4º Etapa - Implementação e Coordenação de cuidados:**

Nesta etapa o plano de cuidados definido anteriormente é implementado. Durante esta etapa é necessário que ocorra uma comunicação contínua entre o paciente, os seus cuidadores e com todos os restantes profissionais com os quais entra em contacto (Powell & Tahan, 2008).

Os *Case Managers* ajudam os cuidadores e os pacientes a navegar pelos diferentes serviços e processos, fornecendo informações sobre os serviços para os quais são referidos e discutindo diferentes opções de cuidados.

Deste modo a implementação do plano de *Case Management* pode ocorrer em três níveis: i) com o paciente, uma vez que o plano foi desenvolvido em colaboração com o mesmo, os objetivos devem ser priorizados, os resultados desejados devem ser identificados e as estratégias acordadas tendo em conta os facilitadores e as restrições formais e informais; ii) com os familiares, cuidadores e restante comunidade envolvida, sempre que necessário deve ser prestada assistência aos mesmos, ajudando-os a construir conhecimentos, habilidades e recursos que irão apoiá-los e ao indivíduo para atingir os objetivos identificados; iii) com os sistemas de intervenção, analisando os pontos fortes e limitações dos serviços de saúde, avaliando a eficácia das estratégias e rever continuamente os resultados e estratégias desejadas.

As atividades mais comuns realizadas pelos *Case Managers* nesta etapa são:

- Gestão de medicamentos: O *Case Manager* ajuda a averiguar se a medicação que o indivíduo está a realizar é a mais apropriada, se este está a adaptar-se à mesma e se não ocorreram efeitos adversos. De modo a fazer esta gestão, deve comunicar com o paciente, com os especialistas e restante *staff* envolvido no processo.
- Educação de cuidados: A educação de cuidados pode consistir:
  - Fornecer (e/ou fazer referência para) educação para a saúde e aconselhar à sessação tabágica, dieta e exercício, por exemplo.
  - Fornecer (e/ou fazer referência para) educação para a saúde e conselhos específicos para indivíduos com condições a longo prazo, como dieta e gestão da dor.
  - Aconselhar sobre o serviço mais apropriado de contacto quando ocorrem questões não urgentes referentes à saúde ou quando uma determinada crise está a ocorrer.
- Advocacia e Negociação: Um dos papéis-chaves do *Case Management* é o de advogar e negociar em nome do indivíduo, para que este tenha acesso aos serviços e equipamentos identificados no seu plano de cuidados. O *Case Manager* pode negociar diretamente com os prestadores de serviços, quando os pacientes e cuidadores não o podem fazer, como resultado o *Case Manager* pode acelerar o processo de obtenção de medicamentos, equipamentos ou serviços de assistência domiciliar.

## **5ª Etapa - Monitorização e Revisão:**

A monitorização e revisão é um processo ativo e contínuo onde os aspetos das etapas anteriores, desenvolvimento do plano de *Case Manager* e implementação, são revistos (ADHC, 2010). Deste modo, nesta etapa é realizada uma avaliação aos tratamentos, cuidados de saúde e aos respetivos resultados obtidos pelo paciente (Powell & Tahan, 2008). Esta etapa permite

que o plano de *Case Management* seja ajustado de modo a resolver quaisquer imprevistos e problemas que possam ocorrer (ADHC, 2010).

Durante esta atividade o *Case Manager* deve responder às seguintes questões:

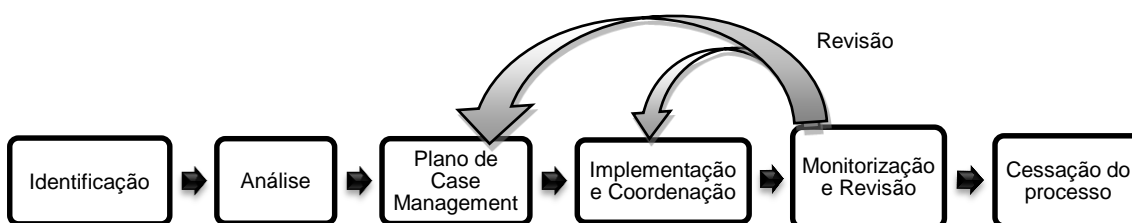
- As atividades e resultados encontram-se na meta pretendida?
- Os resultados estão a progredir de acordo com o estabelecido no plano de *Case Management*?
- Os tratamentos estão a decorrer conforme o cronograma estabelecido?
- O paciente está pronto para ter alta?
- Existe algum problema de reembolso? Todas as autorizações requeridas foram obtidas?
- O plano de *Case Management* vai de encontro com as necessidades e interesses do paciente e família?
- Estão presentes alguns tipos de risco legais ou étnicos?
- É necessário realizar alguma modificação no plano de *Case Management*?

#### **6º Etapa - Cessação do processo de *Case Management*/ Fecho de Caso:**

Para que o processo de *Case Management* possa ser cessado, o *Case Manager* deve discutir esta decisão com todos os membros envolvidos no processo.

Algumas das situações que levam ao término dos serviços de *Case Management* podem ser as seguintes (Physian Advisory Comittee, 2001):

- Alcance dos resultados e objetivos definidos;
- Perda ou alteração de benefícios;
- Por desejo do paciente/ família;
- O *Case Manager* já não é mais capaz de fornecer serviços de *Case Management*;
- O paciente e a família alcançam os benefícios máximos dos serviços de *Case Management*
- O paciente e/ou a família demonstram comportamento não colaborativo ao plano de cuidados de *Case Management*,



**Figura 6-** Processo de Case Management: 6 etapas

**Fonte:** da própria autoria do autor

## **Capítulo II**

### **Estudo Empírico**

### **3. Metodologias de Investigação**

#### **3.1. Tipo de estudos e objetivos**

**Tipo de estudo:** Esta dissertação de mestrado trata-se de um estudo exploratório, quantitativo e com um plano temporal e transversal.

**Objetivo geral:**

- Avaliar a perceção da necessidade da integração dos *Case Managers* no Sistema Nacional de Saúde Português, na opinião de utentes e profissionais;

**Objetivos específicos:**

- Construir um questionário para avaliar o objetivo geral;
- Identificar os principais benefícios da integração destes profissionais, na qualidade dos serviços prestados.

#### **3.2. Variáveis de estudo e Questões de investigação**

**Variáveis:**

- Variáveis sociodemográficas: Idade, sexo, habilitações literárias.
- Todas as variáveis que diretamente se relacionam com a escala de *Likert* utilizada.

**Questões de investigação:**

**Q1:** É reconhecida a necessidade de integração dos *Case Managers* no Sistema Nacional de Saúde Português?

**Q2:** A introdução desta profissão contribuirá para a melhoria da eficiência dos serviços prestados?

#### **3.3. Amostra**

A população em estudo foi a população portuguesa, deste modo amostra recolhida será constituída por utentes e profissionais de saúde do Sistema Nacional de Saúde Português. O método de amostragem utilizado foi não probabilístico por conveniência, visto que a amostra foi recolhida numa clinica do centro do grande porto, devido à facilidade de acesso do investigador e pela distribuição de questionários *online* através da divulgação do questionário através das redes sociais onde o investigador se encontrada inserido. O questionário *online* foi construído no Google Docs. A distribuição do questionário na clínica em questão só foi realizada após obtida a devida autorização do dono da mesma, visto não existir comissão de ética.

### 3.4. Instrumento

Como instrumento de investigação tornou-se necessário criar um questionário dirigido aos utentes e profissionais de saúde. Este questionário tem como objetivo principal avaliar a perceção da necessidade de integração dos *Case Managers* no Sistema Nacional de Saúde Português.

A criação e desenvolvimento do instrumento de estudo pode ser dividida em três etapas:

- 1º etapa: Revisão da literatura
- 2º etapa: Construção do questionário
- 3º etapa: Validade e Fiabilidade do questionário:
  - Método *Face Validity*
  - Análise Fatorial
  - *Alpha de Cronbach* – Fiabilidade (Consistência Interna)

#### 1º etapa: Revisão da Literatura

Foi realizada uma revisão da literatura com o objetivo de apurar a existência de algum instrumento de investigação validado que pudesse ser usado ou adaptado para este estudo. Contudo, apenas foram encontrados questionários referentes à satisfação do utente com os serviços prestados pelo *Case Manager*, estes estudos são referentes ao case management em outros países, nomeadamente Estados Unidos, Austrália, entre outros. Deste modo, foi necessário proceder à construção de um questionário que respondesse aos objetivos de estudo. Para tal, numa segunda fase foi realizada uma revisão da literatura através da consulta de livros, artigos científicos, utilizando base de dados/ motores de busca como a *B-on*, a *Pubmed*, a *Elsivier*, entre outros. A pesquisa efetuada foi realizada principalmente na língua inglesa, contemplando publicações entre 2000-2015, as palavras-chaves utilizadas foram por ex.: *Case Management*, *Benefits of Case Management*; *Case Management effectiveness*; *Case Manager*. Esta etapa teve essencialmente como objetivo identificar quais os principais benefícios descritos advindos da integração do *Case Management* no Sistema de Saúde. Deste modo, foram identificados essencialmente benefícios para os utentes e benefícios para as instituições de prestação de serviços de saúde, os benefícios encontrados estão descritos na tabela 3.

**Tabela 3** - Revisão da literatura, identificação dos benefícios da introdução do Case Manager

<b>Estudo</b>	<b>Benefícios descritos</b>
Sheaff et al. (2009)	Melhoria da comunicação; Acesso mais facilitado aos serviços; Aumento do apoio psicossocial;
Leighton, Clegg, Bee (2008)	Aumento da satisfação com os serviços; Maior autonomia dos pacientes; Melhoria da comunicação; Redução da readmissão hospitalar; Acesso mais facilitado aos serviços;
Brown, Stainer, Stewart, Clacy, Parker (2008)	Melhoria da qualidade de vida; Maior satisfação com os serviços prestados;
Huws et al. (2008)	Diminuição da taxa de readmissão hospitalar; Diminuição da estadia hospitalar;
Williams, Smith, Chapman e Oliver (2011)	Acesso mais facilitado aos serviços; Melhoria da comunicação;
Harrison, Nolin e Suero (2004)	Redução do nível de cuidados; Diminuição da estadia hospitalar; Redução dos encargos adicionais associados; Diminuição da taxa de readmissão hospitalar; Diminuição da estadia hospitalar;
Hendricks, et al. (2014)	Redução das taxas de internamento; Redução dos custos anuais efetivos; Redução das taxas de readmissão hospitalar;
Bjorkman, Hansson, e Sandlund (2002)	Aumento da satisfação dos utentes; Diminuição da duração da estadia hospitalar;
Hutt, Rosen e McCauley (2004)	Maior satisfação dos utentes; Melhoria do estado funcional;
Hickam, et al. (2013)	Aumento da satisfação dos utentes; Aumento da qualidade de vida; Redução das taxas de internamento; Aumento da autonomia dos utentes; Diminuição do uso dos serviços de urgência; Aumento da qualidade dos serviços;

Posto isto, com base no quadro anterior, foram seleccionados os itens a integrar no questionário. Estes foram escolhidos tendo ainda em conta os critérios de Pasquali (Pasquali, 1998):

- Critério Comportamental: O item deve expressar um comportamento.
- Critério de Desejabilidade: O inquirido pode concordar ou não se tal comportamento lhe convém ou não.
- Critério de Simplicidade: O item deve expressar uma única ideia.
- Critério de Clareza: O item deve ser compreensível para todos os indivíduos da população.
- Critério de Relevância: O item não deve insinuar atributo diferente do atribuído.
- Critério de precisão: O item deve ter uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos outros itens.
- Critério de variedade: O uso repetido de termos em todos os itens deve ser evitado, de modo a não provocar monotonia e cansaço.
- Critério de modalidade: formular frases com expressão de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas.
- Critério de tipicidade: o item deve ser formulado com expressões condizentes com o atributo.

## **2º etapa: Construção do questionário**

Optou-se por uma vertente quantitativa, deste modo foi utilizado uma escala psicométrica, escala de *Likert* que pretende registar o nível de concordância ou discordância consoante as declarações apresentadas. Assim, foi empregada a seguinte escala: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo parcialmente; 3 - não concordo nem discordo; 4 - concordo parcialmente; 5 - concordo totalmente.

O questionário foi desenvolvido com três partes distintas. Na primeira parte são recolhidos os dados sociodemográficos do inquirido, contemplando perguntas como a idade, o nível de escolaridade, o sexo e, se está a responder ao questionário no carácter de utente ou profissional de saúde. A segunda parte do questionário é dirigida ao Sistema Nacional de Saúde Português, de uma forma indireta as questões apresentadas são referentes a áreas de intervenção do *Case Management*. A terceira e última parte do questionário é referente ao *Case Management*. Nesta etapa se o inquirido não conhecer o conceito de *Case Management* a sua participação termina. No entanto, se o inquirido conhecer o conceito é pedido que identifique os principais benefícios que poderão advir da inclusão de um *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde Português.



**Tabela 4 - Questionário Case Management**

<b>Questionário Case Management</b>		
I Parte – Dados Sociodemográficos	II Parte – Sistema Nacional de Saúde	III Parte – Case Management
<b>1.</b> Sexo; <b>2.</b> Idade; <b>3.</b> Habilitações literárias.	<b>1.</b> Reconhecer se necessitaria da introdução de um elemento que o informe, encaminhe, esclareça, ajude e defenda os seus interesses e da sua família.	<b>1.</b> Identificar se conhece o conceito de Case Management. <b>2.</b> Identificar se considera benéfica a introdução de um Case Manager. <b>3.</b> Reconhecer os benefícios da introdução do Case Manager para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O utente</li> <li>• O Sistema Nacional de Saúde</li> </ul>
	Escala de <i>Likert</i> .	Sim ou Não;  Escala de <i>Likert</i> .

### 3º etapa – Validação do questionário

#### Método *Face Validity*:

O método *Face Validity* refere-se à validade de conteúdo de um instrumento, é uma avaliação subjetiva e sistemática que mede o que necessita de ser medido. Para a sua aplicação é necessário reunir um pequeno grupo de especialistas para que possam julgar a adequação dos indicadores sugeridos para a formulação do construto. Este método é considerado fraco para a validação de um instrumento (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005; Drost, 2011).

Deste modo, foi reunido um grupo de peritos, constituído por 5 elementos, com profissões ligadas à área da saúde e gestão e com conhecimentos na área de Case Management. O questionário foi apresentado ao grupo de peritos em formato *on-line* na plataforma do Google Docs, permitindo que estes avaliassem a relevância das questões criadas através da utilização da escala de *Likert*. Aos peritos é dada a opção de sugerir a introdução de novas questões que considerem relevantes. As questões que se encontrem na escala de *Likert* abaixo de 3 – não concordo nem discordo, são retiradas do questionário. Os peritos não sugeriram a introdução de novas questões, nem foram retiradas afirmações, como é possível averiguar nas tabelas seguintes.

Nas tabelas seguintes 5, 6 e 7 é possível verificar que a média na sua maioria foi 4, apenas a questão número 7 apresentou uma média superior, 5. Foram apenas verificadas duas médias abaixo de 4, referentes à questão número 2 e 15. Deste modo, o formato do questionário inicialmente concebido foi mantido.

**Tabela 5-Freqüências e médias observadas; Método *Face Validity***

Sistema Nacional de Saúde							
		n (%)					
Quando frequente o Sistema Nacional de Saúde:		1	2	3	4	5	M DP
1.	Sinto que beneficiaria da assistência de um elemento que me encaminhasse para os serviços corretos.				1(20)	4(80)	4,80 0,45
2.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me informasse mais detalhadamente sobre a minha condição clínica.			3(60)		2(40)	3,80 1,09
3.	Sinto que beneficiaria de intervenção de um elemento que esclarecesse as minhas dúvidas e questões.				1(20)	4(80)	4,80 0,45
4.	Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as diferentes entidades com que tenho que me relacionar por questões de saúde.				1(20)	4(80)	4,80 0,45
5.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que defendesse os meus interesses e os da minha família.				1(20)	4(80)	4,80 0,45
6.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me ajudasse a preencher documentação relativa a seguros, reembolsos, acesso a serviços etc.				1(20)	4(80)	4,80 0,45
7.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento especializado que me ajudasse a aceder mais rapidamente e eficazmente aos serviços de saúde. (serviços médicos, medicamentos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, seguradoras etc.).						5,00

**Tabela 6-Freqüências e Médias Observadas; Método *Face Validity***

Case Management							
		n (%)					
Que benefícios traria para o utente?		1	2	3	4	5	M DP
8.	Capacitação do utente			2 (40)	1(20)	2(40)	4,00 1,00
9.	Maior facilidade em contactar com seguradoras			1 (20)	1(20)	3(60)	4,40 0,89
10.	Redução dos encargos adicionais associados ao uso do Sistema Nacional de Saúde			1 (20)	2(40)	2(40)	4,20 0,84
11.	Diminuição do recurso ao serviço de urgência.			2 (40)	1(20)	5(40)	4,00 1,00
12.	Melhoria da qualidade de vida.			2 (40)	1(20)	2(40)	4,00 1,00
13.	Aumento da satisfação com os serviços prestados			1 (20)	2(40)	2(40)	4,20 0,84

**Tabela 7-Frequências e Médias observadas; Método *Face Validity***

<b>Case Management</b>							
Que benefícios traria para o Sistema Nacional de Saúde?	n(%)						
	1	2	3	4	5	M	DP
14. Diminuição do uso desnecessário do serviço de urgência.			2(40)	1 (20)	2(40)	4	1
15. Diminuição do tempo de estadia dos utentes.			2(40)	2(40)	1(20)	3,80	0,84
16. Aumento do número de camas livres.			1 (20)	2(40)	2(40)	4,20	0,84
17. Diminuição do uso de recursos e serviços desnecessários.			1(20)	2(40)	2(40)	4,20	0,84
18. Diminuição da readmissão hospitalar.			1(20)	2(40)	2(40)	4,20	0,84
19. Aumento da eficiência dos serviços de saúde prestados.				2(40)	3(60)	4,60	0,55
20. Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde				1(20)	4(80)	4,80	0,45
21. Maior satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados.				3(60)	2(40)	4,40	0,55

### Análise Fatorial

A análise fatorial tem como objetivo representar um dado conjunto de variáveis através de um menor número de variáveis hipotéticas, ou fatores, garantindo uma maior covariação das variáveis observadas. Deste modo, os fatores resultam da combinação linear dessas variáveis e permitem dar sentido às combinações obtidas e às variáveis que as constituem (Laros, 2012; Oliveira & Amaral, 2007). Quanto mais heterogênea for a amostra relativamente às variáveis que estão a ser mensuradas, mais altas são as correlações encontradas entre os scores de teste (Laros, 2012).

Relativamente ao tamanho da amostra necessário para a aplicação da análise fatorial, segundo Guadagnoli e Velicer (1988), não existe nenhuma base teórica ou empírica para recomendações de relação entre o número de participantes e o número de variáveis.

Segundo Laros (2012), a análise fatorial é primariamente um método utilizado para avaliar a validade de um construto.

Antes de aplicar a análise fatorial é necessário averiguar se estão reunidas todas as condições para a sua aplicação. Deste modo, como o construto está dividido em duas partes, sendo que na primeira parte  $n=243$  e na segunda  $n= 91$ , a análise fatorial será aplicada em separado a cada uma das partes do construto.

#### 1ª parte do construto – Sistema Nacional de Saúde

Em primeiro lugar é realizado o teste de esfericidade de Bartlett e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Como é possível observar na tabela seguinte, a esfericidade foi rejeitada pelo teste de Bartlett com um valor de  $p < 0,001$  para um nível de significância de  $\alpha = 0,05$ . Relativamente ao KMO que apresentou um valor de 0,911, confirma que a análise fatorial é apropriada.

**Tabela 8-** Teste de KMO e Bartlett

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,911
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	927,959
	Df	21
	Sig.	,000

Deste modo, após procedermos à aplicação da análise fatorial, é construída a matriz de correlação das variáveis em estudo. Na tabela 9 são apresentadas as correlações dos itens, é possível verificar que temos apenas uma dimensão, ou seja, é unidimensional.

**Tabela 9 -** Matriz de Componente e variância total explicada

	Componente
	1
1.	0,811
2.	0,827
3.	0,823
4.	0,770
5.	0,781
6.	0,765
7.	0,803
% da variância explicada	63,582
% cumulativa da variância explicada	63,582

Procedeu-se à análise do fator encontrado.

**Fator 1 – Aplicabilidade do Case Manager:** Este fator explica cerca de 63,58 % da variância total, é essencialmente constituído por componentes de literacia, comunicação, dificuldade e apoio.

## **2º parte do construto – Benefícios do Case Manager para o utente e para o Sistema Nacional de Saúde**

Novamente é necessário verificar se é possível aplicar a análise fatorial, a esfericidade foi rejeitada pelo teste de Bartlett com um valor de  $p < 0,001$  para um nível de significância de  $\alpha = 0,05$ . O teste KMO que apresentou um valor de 0,874, confirmando que a análise fatorial é apropriada.

**Tabela 10** -Teste de KMO e Bartlett

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0,874
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	715,291
	Df	91
	Sig.	,000

Na tabela seguinte são apresentadas as correlações dos itens, através da utilização da rotação ortogonal Varimax. Deste modo, é possível verificar que obtemos 3 dimensões.

**Tabela 11** - Matrix da Componente, rotatividade: Varimax e Variância total explicada

	Componente		
	1	2	3
8.	0,594		
9.			0,726
10.	0,682		
11.			0,747
12.	0,608		
13.			0,534
14.	0,698		
15.		0,529	
16.	0,677		
17.		0,751	
18.		0,777	
19.	0,772		
20.		0,750	
21.	0,654		
% da variância explicada	28,310	20,310	17,206
% cumulativa da variância explicada	28,310	48,620	65,827

Consequentemente procedeu-se à análise dos fatores encontrados na amostra:

- **Fator 1 – Qualidade:** Este fator explica 28,31 % da variância total, é maioritariamente constituído por componentes de satisfação, contemplando também componentes de eficiência e utilidade.

- **Fator 2 – Otimização:** É constituído essencialmente por componentes de gestão e eficiência. Este fator explica 20,31 % da variância total.
- **Fator 3 – Capacitação pessoal:** Este fator explica 17,21 % da variância total é constituído por uma componente de informação e uma de eficiência.

#### **Alpha de Cronbach - Fiabilidade:**

O coeficiente *Alfa de Cronbach* permite determinar a consistência interna de um grupo de variáveis ou itens. Este teste estatístico mede a correlação entre as respostas de um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. O coeficiente de alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador. Para que o *Alpha de Cronbach* seja aplicado é necessário que: o questionário seja dividido e agrupado em dimensões; deve ser aplicado a uma amostra heterogênea; e a escala utilizada no questionário já deve estar validada (Hora, Monteiro, & Arica, 2011; Marroco & Garcia-Marques, 2006;).

Na tabela 12 é possível observar que a consistência interna do construto varia entre 0,92 e 0,94, ou seja, apresenta uma consistência interna muito boa.

**Tabela 12** - Teste *Alpha de Cronbach*, avaliação da consistência interna

<b>Teste de Alpha de Cronbach</b>			
	Construto	Consistência	<i>Alpha de Cronbach</i>
243 inquiridos	Sistema Nacional de Saúde	Muito boa	0,94
	<i>Case Management:</i> Benefícios para o utente e para o sistema nacional de saúde	Muito boa	0,92

### **3.5. Análise estatística – procedimentos realizados**

Para a realização da análise estatística foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0. Foram realizados os seguintes procedimentos:

- Estatística Descritiva: Frequências, percentagens, médias e desvio-padrão;
- *Alpha de Cronbach*
- Análise Fatorial
- Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)
- Esfericidade de Bartlett

Estes procedimentos tiveram como objetivo:

- Identificar erros que possam ter ocorrido na inserção dos dados;
- Avaliar a consistência interna do instrumento de estudo;
- Validar o instrumento de estudo
- Analisar os dados

## **Capítulo III**

### **Resultados**



## 4. Análise de dados

### 4.1. Caracterização da amostra

Neste estudo participaram no total 243 inquiridos, dos quais 158 (65%) eram utentes e 85 (35%) profissionais de saúde.

Relativamente à categoria dos utentes, maioritariamente eram do sexo feminino 104 (65,8%) e 54 (34,2%) do sexo masculino. Na sua maioria eram licenciados 75 (47,5%) e apresentam uma média de idade de 30,85 anos, apresentando um mínimo de 16 anos e um máximo de 90 anos.

Quanto à categoria dos profissionais de saúde é também na sua maioria constituído pelo sexo feminino 48 (56,5%) e apenas 37 (43,5%) do sexo masculino. Na sua maioria licenciados 71 (83,6%), apresentando uma média de idades de 27,98, anos apresentando um mínimo de 22 anos e um máximo de 64 anos.

**Tabela 13** - Variáveis Sociodemográficas

Profissionais de Saúde	n (%)
Variáveis Sociodemográficas:	
Género:	
Feminino	48(56,5)
Masculino	37(43,5)
Nível de Escolaridade:	
Licenciatura	71 (83,6)
Mestrado	13 (15,3)
Doutoramento	1 (1,2)
Idade:	
Média	27,98
Moda	25
Mediana	25
Desvio Padrão	8,19
Mínimo	22
Máximo	64

Utentes	n (%)
Variáveis Sociodemográficas:	
Género:	
Feminino	104 (65,8)
Masculino	54(34,2)
Nível de Escolaridade:	
1º ciclo	6 (3,8)
2º ciclo	3 (1,9)
3º ciclo	8 (5,1)
Ensino Secundário	37 (23,4)
Licenciatura	75 (47,5)
Mestrado	29 (18,4)
Idade:	
Média	30,85
Moda	24
Mediana	25
Desvio Padrão	14,47
Mínimo	16
Máximo	90

#### 4.2. Dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*

Na tabela 14 e 15 estão representadas as frequências absolutas, as médias e os desvios padrão, referentes à dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*, do questionário. Esta dimensão é constituída por 7 itens ou variáveis avaliadas por uma escala de *Likert*, classificada de 1 a 5 pontos. Todas as variáveis apresentaram uma média nos 4 valores, tanto na categoria dos utentes como na categoria dos profissionais.

**Tabela 14** - Frequências e percentagens observadas (n=158), Utentes, Dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*

Aplicabilidade do <i>Case Manager</i>							
n(%)							
	1	2	3	4	5	M	DP
1. Sinto que beneficiaria da assistência de um elemento que me encaminhasse para os serviços corretos.	1(0,6)	7(4,4)	27(17,1)	63(39,9)	60(38)	4,10	0,89
2. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me informasse mais detalhadamente sobre a minha condição clínica.	1(0,6)	10(6,3)	24(15,2)	52(32,9)	71(44,9)	4,15	0,95
3. Sinto que beneficiaria de intervenção de um elemento que esclarecesse as minhas dúvidas e questões.	3(1,9)	5(3,2)	20(12,7)	61(38,6)	69(43,7)	4,19	0,91
4. Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as diferentes entidades com que tenho que me relacionar por questões de saúde.		4(2,5)	13 (8,2)	54(34,2)	87(55,1)	4,42	0,75
5. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que defendesse os meus interesses e os da minha família.		5 (3,2)	24(15,2)	55(34,8)	74(56,8)	4,25	0,83
6. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me ajudasse a preencher documentação relativa a seguros, reembolsos, acesso a serviços etc.	1(0,6)	7 (4,4)	16(10,1)	49 (31)	85(53,8)	4,33	0,88
7. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento especializado que me ajudasse a aceder mais rapidamente e eficazmente aos serviços de saúde. (serviços médicos, medicamentos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, seguradoras etc.).	2(1,3)	3(1,9)	24(15,2)	54(34,2)	75(47,5)	4,25	0,87

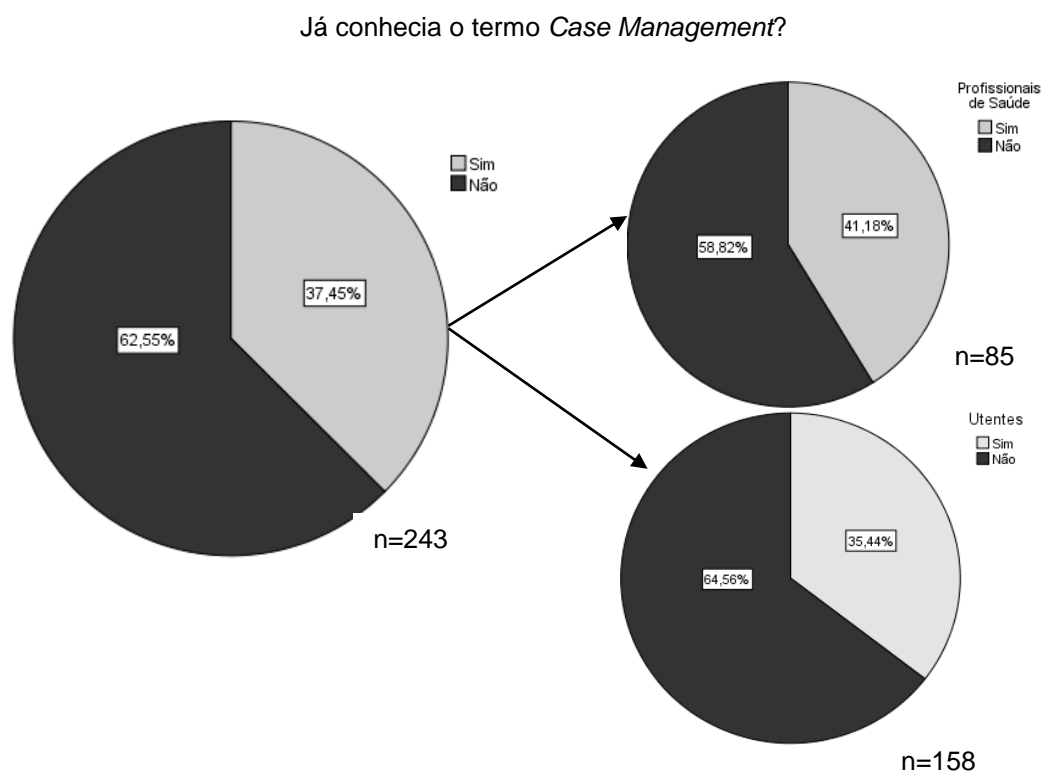
**Tabela 15** – Frequências e percentagens observadas, (n=85) Profissionais de Saúde, Dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*

		Aplicabilidade do <i>Case Manager</i>						
		n(%)						
		1	2	3	4	5	M	DP
1.	Sinto que beneficiaria da assistência de um elemento que me encaminhasse para os serviços corretos.	3(3,5)	2(2,4)	9(10,6)	35(41,2)	36(42,4)	4,16	0,96
2.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me informasse mais detalhadamente sobre a minha condição clínica.	1(1,2)	4(4,7)	11(12,9)	35(41,2)	34 (40)	4,14	0,90
3.	Sinto que beneficiaria de intervenção de um elemento que esclarecesse as minhas dúvidas e questões.	2(2,4)	3(3,5)	6 (7,1)	37(43,5)	37(43,5)	4,22	0,90
4.	Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as diferentes entidades com que tenho que me relacionar por questões de saúde.		3(3,5)	11(12,9)	27(31,8)	44(51,8)	4,32	0,83
5.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que defendesse os meus interesses e os da minha família.	2(2,4)	4(4,7)	14(16,5)	29(34,1)	36(42,4)	4,09	0,99
6.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me ajudasse a preencher documentação relativa a seguros, reembolsos, acesso a serviços etc.	3(3,5)	3(3,5)	10(11,8)	36(42,4)	33(38,8)	4,09	0,98
7.	Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento especializado que me ajudasse a aceder mais rapidamente e eficazmente aos serviços de saúde. (serviços médicos, medicamentos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, seguradoras etc.).	1(1,2)	2(2,4)	9 (10,6)	31(36,5)	42(49,4)	4,31	0,84

A variável que apresentou uma média superior na categoria dos utentes (4,42) e na categoria e a dos profissionais de saúde (4,32) foi “Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as diferentes entidades com que tenho que me relacionar por questões de saúde”, em que 55,1% dos utentes e 51,8% dos profissionais de saúde concordaram totalmente com a afirmação.

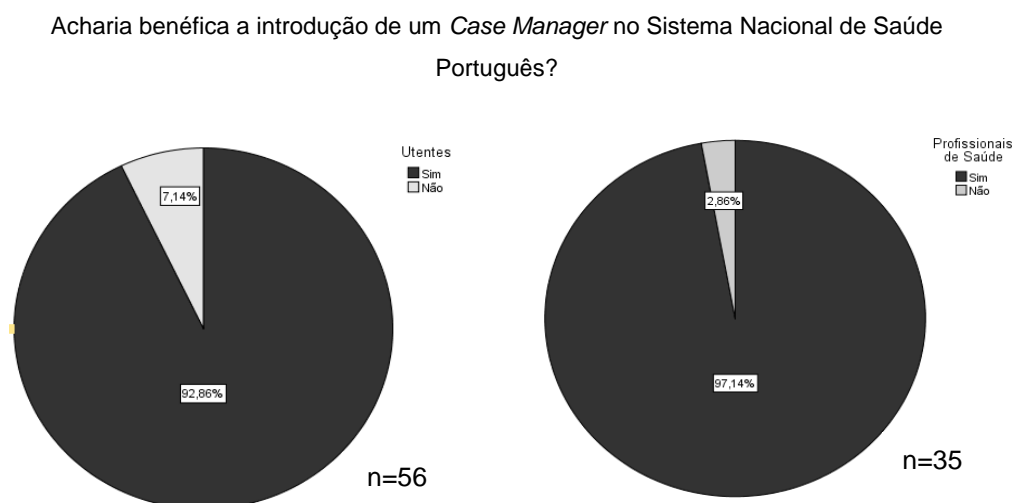
#### 4.3. Conhecimento do conceito de *Case Management*

Relativamente à questão “Já conhecia o termo *Case Management*?” apenas uma pequena percentagem dos inquiridos já o conhecia, correspondendo a um total dos inquiridos de 85 (37,4%) enquanto 158 (62,6%) não conhecia o conceito. No que toca às duas categorias (utentes e profissionais), 56 (41,2%) utentes conheciam o termo e apenas 35 (41,2%) profissionais já conheciam o *Case Management*.



**Figura 7** - Conhecimento do termo *Case Management*, Profissionais e Utentes

Aos inquiridos que conhecem o *Case Management* é pedido que identifiquem se consideram benéfica a introdução destes profissionais de saúde no Sistema Nacional de Saúde Português. Deste modo, 34 (97,1%) dos profissionais de saúde e 52 (92,9%) dos utentes consideram que esta introdução seria de facto benéfica. Apenas uma pequena minoria dos utentes é que não considerou esta introdução benéfica 4 (7,1%), no que toca à categoria dos profissionais apenas 1 (2,9%) não considerou esta introdução esta introdução benéfica.



**Figura 8** - Introdução do *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde Português, Utentes e Profissionais

#### 4.4. Dimensão Qualidade

Relativamente à dimensão Qualidade, esta é constituída por 7 variáveis. As variáveis que apresentaram uma média superior tanto na categoria dos utentes como na dos profissionais de saúde foi referente ao “aumento da satisfação com serviços de saúde” caso fosse inserido um *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde, sendo este apresentado tanto como num benefício para as instituições como para os utentes.

Por outro lado, a variável que apresentou a média mais baixa (3,82), na categoria dos utentes foi relativa à “Redução dos encargos adicionais associados ao uso do Sistema Nacional de Saúde” apenas 33,9 % dos utentes concordou totalmente com a afirmação. Enquanto na categoria dos profissionais a variável que apresentou uma média mais baixa (3,89) foi relativa ao “aumento do número de camas livres”.

As restantes variáveis podem ser analisadas nas tabelas abaixo, tabela 16 e 17.

**Tabela 16** - Frequências e percentagens observadas, (n=56), Utentes, Dimensão Qualidade

	Qualidade						
	n (%)					M	DP
	1	2	3	4	5		
8 Capacitação do utente	1(1,8)	1(1,8)	4 (7,1)	22(39,3)	28(39,3)	4,34	0,84
10 Redução dos encargos adicionais associados ao uso do Sistema Nacional de Saúde	3(5,4)	4(7,1)	12(21,4)	18(32,1)	19(33,9)	3,82	1,15
12 Melhoria da qualidade de vida.	1(1,8)	2(3,6)	8(14,3)	17(30,4)	28(50)	4,23	0,95
14 Diminuição do recurso ao serviço de urgência	1(1,8)	2(3,6)	14(25)	19(33,9)	20(35,7)	3,98	0,96
16 Aumento do número de camas livres	1(1,8)		13(23,2)	17(30,4)	25(44,6)	,16	0,91
19 Aumento da eficiência dos serviços de saúde prestados.	2(3,6)		4(7,1)	21(37,5)	29(51,8)	4,34	0,90
21 Maior satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados.	1(1,8)		4(7,1)	16(28,6)	35(62,5)	4,50	0,79

**Tabela 17** - Frequências e percentagens observadas, (n=35), Profissionais de saúde, Dimensão Qualidade

	Qualidade						
	n (%)						
	1	2	3	4	5	M	DP
8 Capacitação do utente	1(2,9)	1(2,9)	1(2,9)	10(28,6)	22(62,9)	4,46	0,92
10 Redução dos encargos adicionais associados ao uso do Sistema Nacional de Saúde	1(2,9)	1(2,9)	9(25,7)	13(37,9)	11(31,4)	3,97	0,99
12 Melhoria da qualidade de vida.	1(2,9)		4(11,4)	13(37,1)	17(48,6)	4,29	0,89
14 Diminuição do recurso ao serviço de urgência	1(2,9)	1(2,9)	8(22,9)	13(37,1)	12(34,3)	4,17	0,86
16 Aumento do número de camas livres	1(2,9)	2(5,7)	7(20)	15(42,9)	10(28,6)	3,89	0,99
19 Aumento da eficiência dos serviços de saúde prestados.	1(2,9)	1(2,9)	3(8,8)	18(52,9)	11(32,4)	4,09	0,90
21 Maior satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados.		1(2,9)		17(48,6)	17(48,6)	4,43	0,65

#### 4.5. Dimensão Otimização

A dimensão Otimização é constituída por quatro variáveis, nesta dimensão tanto os utentes como os profissionais de saúde concordaram que a introdução de um *Case Manager* resultaria na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde (60,7 % dos utentes e 48,6% dos profissionais), sendo esta a variável com uma média superior nesta dimensão (média de 4,55 na categoria utentes e média de 4,34 na categoria dos profissionais). No entanto a variável “ Diminuição do tempo de estadia hospitalar dos utentes” foi a que apresentou uma média mais baixa (3,80), apenas 25,7 % dos profissionais de saúde concordaram totalmente com a afirmação. Na categoria dos utentes a variável que apresentou uma média mais baixa (3,91) foi a “ Diminuição do tempo de estadia dos utentes”, em que apenas 37,5% concordou totalmente com esta afirmação.

**Tabela 18**- Frequências e percentagens observadas, n=56, Utentes, Dimensão Otimização

	Otimização						
	n(%)						
	1	2	3	4	5	M	DP
15 Diminuição do tempo de estadia dos utentes	3(5,4)	2 (3,6)	13(23,2)	17(30,4)	21(37,5)	3,91	1,12
17 Diminuição do uso de recursos e serviços desnecessários.			8(14,3)	17(30,4)	31(55,4)	4,41	0,73
18 Diminuição da readmissão hospitalar.		3(5,4)	10(17,9)	20(35,7)	23(41,1)	4,13	0,90
20 Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde			3 (5,4)	19(33,9)	34(60,7)	4,55	0,60

**Tabela 19** – Frequências e percentagens observadas, (n=35), Profissionais de Saúde, Dimensão Otimização

Otimização							
	n(%)						
	1	2	3	4	5	M	DP
15 Diminuição do tempo de estadia dos utentes	1(2,9)	2 (5,7)	7(20)	11(31,4)	14(40)	4	1,06
17 Diminuição do uso de recursos e serviços desnecessários.	1(2,9)	4(11,4)		17(48,6)	13(37,1)	4,17	0,86
18 Diminuição da readmissão hospitalar.	1(2,9)	4(11,4)	5(14,3)	16(45,7)	9 (25,7)	3,80	1,05
20 Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde	1(2,9)		2(5,7)	15(42,9)	17(48,6)	4,34	0,84

#### 4.6. Dimensão Capacitação Pessoal

Relativamente à dimensão Capacitação Pessoal, esta é constituída por 3 variáveis. A variável que apresentou uma média superior em ambas as categorias, utentes e profissionais de saúde, foi referente ao “aumento da satisfação com os serviços de saúde prestados” (aumento da satisfação do utente), referente a 53,6% dos utentes que concordaram totalmente com a afirmação e 57,1% dos profissionais de saúde. No entanto, a variável seguinte com uma maior média também nas duas categorias, foi a “diminuição do uso desnecessário do serviço de urgência”, nomeadamente por parte de 55,4% dos utentes que concordaram totalmente com a afirmação e 48,6% dos profissionais de saúde.

**Tabela 20** - Frequência e percentagens observadas (n=56), utentes, Dimensão Capacitação Pessoal

Capacitação Pessoal							
	n(%)						
	1	2	3	4	5	M	DP
9 Maior facilidade em contactar com seguradoras.		3(5,4)	5 (8,9)	22(39,3)	26(46,4)	4,27	0,84
11. Diminuição do uso desnecessário do serviço de urgência.	1 (1,8)	1 (1,8)	11(19,6)	12(21,4)	31(55,4)	4,27	0,96
13 Aumento da satisfação com os serviços prestados	1 (1,8)	1 (1,8)	3(5,4)	21(37,5)	30(53,6)	4,39	0,82

**Tabela 21** – Frequências e percentagens observadas (n=35), profissionais de saúde, Dimensão Capacitação Pessoal

Capacitação Pessoal							
	n(%)						
	1	2	3	4	5	M	DP
9 Maior facilidade em contactar com seguradoras.		1 (2,9)	3 (8,6)	22(62,9)	9 (25,7)	4,11	0,68
11. Diminuição do uso desnecessário do serviço de urgência.	1(2,9)	1 (2,9)	3(8,6)	13(37,1)	17(48,6)	4,26	0,95
13 Aumento da satisfação com os serviços prestados		1(2,9)	2(5,7)	12(34,3)	20(57,1)	4,46	0,74

## **Capítulo IV**

### **Análise e discussão dos resultados**



## 5. Discussão

### 5.1. Dimensão Aplicabilidade do Case Manager

Quanto à aplicabilidade do *Case Manager* tanto na categoria dos utentes como na dos profissionais de saúde foi valorizado como um dos benefícios da introdução do *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde.

Neste âmbito, a comunicação entre os profissionais de saúde, os doentes e os prestadores de serviços é muito importante. No que concerne à perspetiva do doente, a entrega de informação de uma forma clara por parte dos profissionais de saúde pode resultar em vários aspetos benéficos, nomeadamente influenciar positivamente a prevenção, o tratamento e o processo de recuperação, como também induzir mudanças de comportamento face ao seu estado clínico, facilitando a participação na tomada de decisão e maximizando os resultados em saúde (Martins, 2009).

Martins (2009) conclui que os utentes encontram-se insatisfeitos com a informação que lhes era transmitida sobre a sua condição clínica, apontando para a necessidade de um maior investimento dos profissionais de saúde na informação dada aos doentes. Frequentemente os pacientes queixam-se que a informação foi transmitida de forma insuficiente, imprecisa e ambígua. Muitas vezes os profissionais de saúde utilizam termos técnicos, esquecendo-se que o doente pode não dominar a terminologia médica (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

A fraca passagem de informação entre as diferentes entidades com quem o doente têm que se relacionar também pode estar relacionada com a natureza fragmentada e descentralizada dos serviços de saúde. Estes aspetos transformam o percurso de cada utente num percurso complexo, o que implica a passagem por diferentes serviços, áreas de intervenção e consequentemente o contato com diferentes profissionais de saúde, resultando na perda de informação (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães, & Gomes, 2010).

A introdução de um *Case Manager* irá contribuir para a diminuição da perda de informação resultante dos aspetos acima mencionados. O *Case Manager* atua como um elemento facilitador entre o utente e todos os profissionais e serviços de saúde com quem este tem que se relacionar, transmitindo a informação necessária entre as diferentes partes interessadas. Para que um *Case Manager* realize com sucesso o seu trabalho tem que ser obrigatoriamente um bom comunicador. Na sua atuação direta com o utente, o *Case Manager* deve demonstrar sensibilidade, ouvir de forma atenta, facilitar a discussão e assegurar a troca de informação. Deve também adaptar a comunicação ao tipo de audiência, fornecer as informações necessárias de forma sensível, oportuna e empática. Na forma como comunica com os restantes interessados, deve demonstrar abertura e flexibilidade ao lidar com diferentes pontos de vista e deve determinar os melhores meios ou estratégias para que a comunicação

passee de forma fluida e eficaz entre os diferentes serviços e profissionais de saúde (NCMN, 2012).

A natureza fragmentada e descentralizada dos serviços de saúde também irá se refletir na dificuldade dos utentes em navegar pelo Sistema Nacional de Saúde. Deste modo, 53,8% dos utentes identificou a necessidade da assistência de um elemento que os encaminhasse para os serviços corretos, esta necessidade também foi identificada por 42,2% dos profissionais de saúde. Por outro lado, 47,5% dos utentes manifestou a necessidade da intervenção de um elemento especializado que os ajudasse a aceder mais rapidamente e eficazmente a determinados serviços, nomeadamente, serviços médicos, acompanhamento psicológico, fisioterapia e seguradoras. No entanto 49,4 % dos profissionais de saúde também identificaram esta necessidade.

Williams, Smith, Chapman e Oliver (2011), basearam o seu estudo numa amostra intencional de 14 entrevistas a utentes do serviço de saúde. Estes autores concluíram que os utentes quando eram acompanhados por um *Case Manager* sentiam que o acesso aos serviços de saúde era mais facilitado. Os utentes no estudo acima referido valorizaram especialmente o papel desempenhado pelo *Case Manager* como defensor dos seus interesses. Na presente Dissertação, 56,8% dos utentes identificou a necessidade da intervenção de um elemento que defendesse os seus interesses e os da sua família, no que concerne à categoria dos profissionais de saúde apenas 42,4% referiu esta necessidade, é importante também referenciar que os profissionais nesta dimensão estão a responder consoante a sua experiência como utentes. A existência desta necessidade está em concordância com uma das principais componentes do *Case Management*, a de advertir pelos interesses dos pacientes, ou seja, defender ou advogar em prol destes (Treadwell, et al., 2015; NCMN, 2012). O *Case Manager* será responsável por apoiar ou recomendar em nome do paciente/ família/ cuidadores ou do próprio hospital. Será também responsável por garantir: o acesso a serviços; a segurança e os direitos do paciente; que o utente receba todas as informações necessárias sobre os benefícios, riscos, custos e tratamentos alternativos; que a equipa de cuidados de saúde entenda e respeite as suas escolhas; que tenha todas as ferramentas para que possa realizar escolhas informadas e que os desejos do utente sejam respeitados. Consequentemente, o *Case Manager* poderá acelerar o processo de obtenção de medicamentos, equipamentos ou serviços de assistência domiciliar, o que irá resultar numa maior satisfação dos utentes com os serviços (ACMA, 2013).

## **5.2. Conhecimento do Conceito de *Case Management***

Nesta Dissertação, tendo em conta o número total de inquiridos verificou-se que apenas uma minoria dos inquiridos conhecia o conceito de *Case Management*, cerca de 37,45%. Enquanto 62,55% desconhecia este conceito, o que denota uma certa invisibilidade desta profissão no contexto português. No que concerne às duas categorias em estudo (utentes e profissionais de

saúde), 56 (41,2%) dos utentes conheciam o conceito enquanto apenas 35 (41,2%) conheciam o conceito de *Case Management*.

No entanto, foi reconhecido pela grande maioria dos inquiridos que seria benéfica a introdução deste profissional no Sistema Nacional de Saúde Português. Deste modo, 34 (97,1%) dos profissionais de saúde e 52 (92,9%) dos utentes consideram que esta introdução seria de facto benéfica. Apenas uma pequena minoria dos utentes e profissionais não consideraram esta introdução benéfica 4 (7,1%) dos utentes e 1 (2,9%) dos profissionais de saúde.

Denota-se nesta dissertação um fraco conhecimento do conceito de *Case Management* na amostra em estudo, o que vai de encontro com o facto de *Case Management* em Portugal ser ainda pouco conhecido e não se encontrar inteiramente desenvolvido, contudo já vai surgindo alguma informação sobre o tema, e alguns profissionais já vão desenvolvendo algumas das práticas de *Case Management*. No entanto não existe ainda nenhum órgão responsável pela formação e acreditação destes profissionais.

Na Estratégia Nacional para a integração de pessoas sem-abrigo o *Case Manager*, já ganha alguma relevância. Neste âmbito o *Case Manager* é responsável pelo acompanhamento de todo o processo da pessoa sem-abrigo, sendo o contacto mais próximo deste, definindo todas as etapas do seu percurso de inserção, identificando as ações prioritárias e promovendo a articulação com as instituições/entidades que deverão ser envolvidas no processo. Neste plano de integração os *Case Managers* podem ter formação de base na área das Ciências Sociais e devem acompanhar entre 15 a 20 casos no máximo (Segurança Social, 2009).

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006), na equipa interdisciplinar deste serviço deve ser nomeado um *Case Manager*, independentemente da sua especialidade profissional. Este é responsável por garantir a resposta à maioria das necessidades detetadas. Competindo-lhe coordenar e articular todos os recursos necessários à execução do plano terapêutico estabelecido e ainda deve apoiar o doente/família, facilitando os processos de comunicação e de troca de informação.

Por outro lado também já é sugerida a criação da figura do gestor clínico da doença, de modo a desenvolver funções no âmbito Hospitalar a Medicina Interna, como também no ambulatório a Medicina Geral e Familiar. Neste âmbito é referido que na gestão de caso/ *Case Management*, existe uma preocupação em coordenar os vários elementos que constituem o sistema de saúde, com o objetivo de obter resultados concretos. Deste modo, a gestão de casos/ *Case Management* avalia as diversas necessidades dos utentes a longo prazo e realiza recomendações para os cuidados que devem ser prestados, monitorizando-os e realizando o respetivo seguimento (Almeida, 2014).

No glossário da Rede Nacional de Cuidados Integrados o *Case Management* é definido como um “processo orientado para o utente, no âmbito do qual se executa avaliação, coordenação, implementação e reavaliação de opções e serviços, com vista a responder, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo.” Acrescentando ainda que a implementação deste processo requer uma abordagem por parte de uma equipa multidisciplinar e a designação de um *Case Manager*. Define ainda o *Case Manager* como um elemento de “

articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente/ família. Deste modo, o *Case Manager* é o responsável pela atualização e acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, sendo um interlocutor privilegiado”. Assim sendo, nesta rede de cuidados já se encontram alguns profissionais a desenvolver tarefas referentes ao Case Management (ACSS, 2009).

### 5.3. Dimensão Qualidade

Segundo o “estudo de satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português”, realizado pelo Departamento da Qualidade na Saúde, os utentes neste estudo encontram-se relativamente satisfeitos com o Sistema Nacional de Saúde Português. Segundo o estudo acima referido, 43% dos utentes afirmam que o Sistema Nacional de Saúde funciona bem ou necessita de pequenos ajustamentos e 39% afirmam que necessita de grandes mudanças ou ajustamentos. No entanto, apenas 16% declaram a necessidade de ser completamente reestruturado. A necessidade de reestruturação é maioritariamente sentida pelos utilizadores do sector privado (63%) do que pelos utilizadores do sector público (53%) (Departamento de Qualidade na Saúde, 2015).

Relativamente à qualidade dos serviços, 83,1%, consideraram que a qualidade dos serviços prestados correspondeu às suas expectativas. No que concerne ao acesso aos serviços: 51,8% não esperaram mais de uma hora para serem atendidos pelo médico; 42,2 % esperaram mais de 4 semanas para obter uma consulta de especialidade no sector público (Departamento de Qualidade na Saúde, 2015).

Segundo Raposo e Ferreira (2015), no seu estudo referente à satisfação dos utilizadores das USF e das UCSP, identificaram que: 84,1% dos utentes estavam satisfeitos com a forma como o médico de família os ouviu; 81,4% identificaram estar satisfeitos com a atenção dispensada aos seus problemas; 81,1% com a forma como foram envolvidos nas decisões relativas aos cuidados médicos. No entanto, no que concerne à satisfação referente à organização dos cuidados, a satisfação dos utentes foi menor, 71%. Ainda nesta dimensão 20% consideraram a acessibilidade aos serviços como má ou regular.

Deste modo, os prestadores de cuidados de saúde desempenham um papel crucial na satisfação das necessidades e expectativas dos utilizadores, quer a nível dos aspetos técnicos dos cuidados quer a nível dos aspetos interpessoais (Campbell, Roland, & Buetow, 2000). Atualmente encontramos-nos numa época marcada por grandes mudanças, caracterizadas por aumentos das despesas com a saúde e por grandes limitações orçamentais. Consequentemente torna-se cada vez mais importante que a prestação de cuidados satisfaça as necessidades dos utentes, visto que o consumidor por natureza procura a excelência dos serviços oferecidos. Deste modo, os prestadores de serviços de saúde como resposta às exigências dos consumidores procuram aumentar o grau de satisfação dos mesmos, aumentando o nível de qualidade dos serviços prestados. Segundo Hespanhol (2005), a qualidade em saúde requer a compatibilização

e o equilíbrio entre as exigências referentes a três dimensões: qualidade para o utente, qualidade profissional e qualidade de gestão. A introdução de um *Case Manager* seria benéfica para a compatibilização destas três dimensões, visto que a sua atividade é essencialmente centrada no utente, identificando as suas necessidades e criando condições para que as mesmas sejam atendidas. Atua também como gestor, gerindo todo o processo de *Case Management* e lida com todas as partes interessadas do processo, nomeadamente prestadores, cuidadores, seguradoras, atuando como elo de ligação entre estes e o utente, melhorando a comunicação e maximizando os resultados em saúde. O *Case Manager* como está inserido numa equipa multidisciplinar, também irá contribuir igualmente para a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, diminuindo as perdas de informação, tornando a entrega de cuidados mais eficiente.

Hutt, Rosen e McCauley (2004), observaram que a evidência mais forte resultante da aplicação do *Case Management*, foi relacionada com uma maior satisfação dos utentes com os serviços de saúde, resultando numa experiência mais positiva para o utente.

No presente estudo, tanto os utentes como os profissionais de saúde identificaram que um dos maiores benefícios que poderá advir da introdução de um *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde resultaria numa maior satisfação dos utentes com os serviços de saúde prestados, sendo esta uma das variáveis que apresentou uma maior significância na dimensão Qualidade. Por outro lado 51,8% dos utentes identificou que a introdução de um *Case Manager* resultaria no aumento da eficácia dos serviços de saúde prestados, no entanto apenas 32,4% dos profissionais identificou este como sendo um dos benefícios.

Bjorkman, Hansson e Sandlund (2002), no seu estudo sobre o *Case Management* quando aplicado a pacientes com doenças mentais, concluíram que os utentes que usufruíram do programa de *Case Management* encontravam-se mais satisfeitos com os serviços prestados do que os utentes que não usufruíram do programa. Para além disto, os pacientes com *Case Management* passaram menos de 50% dias no hospital, quando comparados com os utentes que não usufruíram de *Case Management*. Esta diminuição da estadia hospitalar irá permitir ao hospital um maior número de camas livres num curto espaço de tempo, aumentando consequentemente a sua capacidade de resposta às necessidades de internamento da população. Na presente Dissertação apenas 28,6% dos profissionais de saúde identificaram que o aumento do número de camas livres seria um dos benefícios resultantes da introdução de um *Case Manager*, no entanto uma percentagem maior de utentes, 44,6%, concordaram totalmente que este seria um dos benefícios.

Um dos papéis primordiais desenvolvidos pelo *Case Manager* prende-se com a educação, de forma a capacitar o utente, ou seja o *Case Manager* ajuda os pacientes a construir as ferramentas necessárias para se tornarem mais independentes e assim mais facilmente assumir o controlo das suas vidas. O *Case Manager*, dentro do seu range de competências, pode conduzir estes ensinamentos ou pode introduzir o paciente aos recursos que o vão ajudar a construir estas competências (Powell & Tahan, 2008). Deste modo, no presente estudo uma grande percentagem dos profissionais, 62,9 % identificaram que a capacitação do utente seria

um dos benefícios resultantes da introdução do *Case Manager*, sendo esta a variável mais significativa na Dimensão Qualidade na categoria dos profissionais. Contudo apenas 39,3% dos utentes concordou totalmente com este benefício. Consequentemente um doente mais independente irá ter benefícios a nível da qualidade de vida, 48,6% dos profissionais e 50% dos utentes concordaram totalmente que este seria um dos benefícios resultantes da introdução de um *Case Manager*. Hutt, Rosen e McCauley (2004), avaliaram o impacto da prestação de serviços de *Case Management* em indivíduos idosos, através dos resultados obtidos em 19 estudos. Estes identificaram em quatro estudos que o *Case Management* levou à melhoria do estado funcional ou à prevenção da deterioração. Em nenhum dos estudos o *Case Management* levou a um efeito adverso no estado funcional. Os autores identificaram também que a maioria dos estudos demonstrou um decréscimo na duração da estadia hospitalar quando associada ao *Case Management*.

#### **5.4. Dimensão Otimização**

Chiu e Newcomer (2007), realizaram uma revisão sistemática, referente às altas hospitalares nos idosos ligadas ao *Case Management*. Nesta revisão incluíram 15 estudos que apresentaram a readmissão hospitalar como resultado. Em 8 estudos foi observada uma redução significativa da readmissão hospitalar quando comparada com o grupo de controlo (grupo sem o programa de *Case Management*) e em 7 estudos observou-se que não ocorreram diferenças estatísticas significativas em readmissões hospitalares não planeadas. No entanto Hutt, Rosen e McCauley (2004), verificaram uma fraca evidência na eficácia do *Case Management* na prevenção de admissões em cuidados agudos em doentes idosos.

Hendricks, et al. (2014), avaliou o *Case Management* quando dirigido a pacientes com insuficiência cardíaca crónica. No seu estudo verificou-se uma redução das taxas de internamento hospitalar nos pacientes que foram submetidos ao programa de *Case Management*. Ocorreu também uma redução da taxa de readmissão hospitalar para cerca 17% quando comparada com os pacientes que receberam os cuidados de rotina normais (sem *Case Management*), consequentemente ocorreu uma redução dos custos anuais efetivos, cerca de 461,66 € por paciente quando comparado com os pacientes que receberam os cuidados de rotina.

Segundo Harrison, Nolin e Suero (2004), o *Case Management* quando aplicado aos cuidados agudos irá proporcionar ao hospital algumas poupanças, nomeadamente, redução do nível de cuidados, diminuição da duração da estadia hospitalar, diminuição da frequência e duração dos serviços, prevenir o uso desnecessário dos serviços clínicos e redução dos encargos adicionais associados e diminuição das taxas de readmissão hospitalar.

Nesta dissertação apenas 25,7% dos profissionais de saúde identificaram que a readmissão hospitalar seria um dos benefícios resultantes da introdução do *Case Manager*,

contudo uma percentagem maior de utentes 41,1% concordaram totalmente que este seria um dos benefícios resultantes da introdução do *Case Manager*.

No entanto, 55,4% dos profissionais de saúde concordaram totalmente que um dos benefícios da introdução do *Case Manager* resultaria na diminuição do uso de recursos e serviços desnecessários, contudo apenas uma minoria 37,1% dos utentes identificou este como sendo um benefício. No que concerne à diminuição da estadia hospitalar 37,5% dos utentes e 40% dos profissionais identificou este como sendo um dos benefícios.

A diminuição dos aspetos mencionados nos estudos anteriores, nomeadamente, a duração da estadia hospitalar, a diminuição da frequência e duração dos serviços, diminuição das taxas de readmissão hospitalar, entre outros, são aspetos que para além de conduzirem à otimização dos serviços poderão gerar outros benefícios aos hospitais. Harrison, Nolin e Suero (2004), avaliaram as diferenças entre os hospitais com e sem programas de *Case Management*, no seu estudo incluíram 2.725 hospitais com programas de *Case Management* e 1.714 hospitais sem programas de *Case Management*. O objetivo deste estudo era comparar os hospitais relativamente a características de mercado, eficiência e rentabilidade. Conclui-se que os hospitais com programas de *Case Management*, numa perspetiva de mercado, encontravam-se localizados em mercados com uma maior receita per capita e um menor número de pacientes idosos. Numa perspetiva de desempenho operacional, apresentavam um maior retorno sobre os ativos, taxas de ocupação mais elevadas e menores despesas operacionais por alta. Neste estudo os hospitais com programas de *Case Management* apresentaram uma média positiva, 2,8% de retorno sobre os ativos, enquanto os restantes hospitais obtiveram uma média negativa, 0,46%. Deste modo, a ligação entre a rentabilidade do hospital e a existência de um programa de *Case Management*, sugere que o *Case Management* é uma resposta viável para os hospitais que pretendem aumentar o seu desempenho financeiro. Por fim, a partir de uma perspetiva organizacional, os hospitais com programas de *Case Management* eram hospitais maiores e com um maior número de serviços clínicos.

Nesta dimensão a variável que apresentou uma maior relevância foi a identificação por parte de 57,1% dos inquiridos que a introdução do *Case Manager* irá conduzir à melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde. O reconhecimento deste benefício vai de encontro às necessidades/ dificuldades reconhecidas pelos inquiridos na dimensão aplicabilidade do *Case Manager*.

### **5.5. Dimensão Capacitação Pessoal**

Nesta dimensão 55,4% dos utentes e 48,6% dos profissionais de saúde identificaram que um dos benefícios resultaria da diminuição do uso desnecessário dos serviços de urgência por parte dos utentes.

A população portuguesa recorre frequente aos serviços de urgências, deste modo desenvolveu certas expectativas e comportamentos face a este serviço, nomeadamente,

princípios de bem-estar, disponibilidade e atenção imediata, resultando numa utilização abusiva (Gomes, 2013).

Em Agosto de 2015 o número de atendimentos nos serviços de urgência foram cerca de 4.083.140 utentes (ACSS, 2015). Segundo os serviços de triagem hospitalar 4 em cada 10 utentes, não precisariam de atendimento na hora e apenas 13% estariam em situação crítica, a necessitar de cuidados imediatos ou quase imediatos. O tempo de espera nos serviços de urgência hospitalar em 2014 era cerca de 72 minutos. No que concerne aos hospitais privados o tempo de espera cai para mais de metade deste valor, devido à menor afluência aos serviços. Em 2014, a satisfação dos utentes com as urgências hospitalares era apenas de 65% (DECO, 2014). Deste modo, em serviços de urgência muito movimentados, pode ocorrer falhas de comunicação entre a equipa de prestação de cuidados. O serviço de urgência é caracterizado por um ritmo acelerado, pelo que médicos, enfermeiros e restantes membros da equipa de cuidados, podem cometer alguns erros: realizar perguntas redundantes aos pacientes e membros da equipa e pedir exames em duplicado. Deste modo, o *Case Manager* irá trabalhar de perto com a equipa de cuidados, fornecendo uma comunicação mais eficiente entre os membros da equipa e irá garantir que as transições entre níveis de cuidados sejam mais eficientes. Também irá garantir o envolvimento do doente e familiares na tomada de decisão, o que irá resultar numa melhoria global na entrega de cuidados, numa maior satisfação dos utentes e na identificação precoce de alta, reduzindo assim o tempo de permanência hospitalar (Lee & Davenport, 2006).

Nesta dimensão 46,6% dos utentes e apenas 25,7% dos profissionais de saúde identificaram que um dos benefícios da introdução do *Case Manager* resultaria numa maior facilidade em contactar com seguradoras. O *Case Manager* pode estar inserido numa companhia de seguros. No entanto mesmo que este não seja o caso o *Case Manager*, necessita de ter conhecimentos a nível legal, de forma a ajudar o utente a obter os devidos reembolsos e ajudá-lo a optar por um plano de seguro de corresponda às suas necessidades (NCMN, 2012).



## 6. Conclusão

O principal propósito deste estudo era verificar se era reconhecida a necessidade da integração do *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde Português. Após a análise dos resultados empíricos foi possível apurar que esta necessidade existe.

A grande maioria dos inquiridos identificou que a introdução deste profissional no Sistema Nacional de Saúde seria benéfica, nomeadamente 97,1% dos profissionais de saúde e 92,9 % dos utentes. Também foi possível identificar quais os principais benefícios que poderiam advir da introdução do *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde. Deste modo, na categoria dos profissionais de saúde, na Dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*, foi dada especial relevância às variáveis: “Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento especializado que me ajudasse a aceder mais rapidamente e eficazmente aos serviços de saúde” (49,4%) e “Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as entidades com quem tenho que me relacionar por questões de saúde (51,8%). No que concerne à categoria dos utentes, na Dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*, também foi dada especial relevância à variável “Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as entidades com quem tenho que me relacionar por questões de saúde” (51,1%). Torna-se importante voltar a referir que nesta dimensão os profissionais de saúde, estão a responder consoante a sua experiência como utentes do Sistema Nacional de saúde, pois nesta dimensão o objetivo era relacionar algumas das dificuldades sentidas pelos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde com as áreas/ atividades de intervenção do *Case Manager*. No entanto entre as duas categorias (utentes e profissionais) foi possível denotar similitudes.

Na Dimensão Qualidade as variáveis que apresentaram uma média superior tanto na categoria dos utentes como na dos profissionais de saúde foi referente ao “aumento da satisfação com serviços de saúde prestados” caso fosse inserido um *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde, sendo este apresentado num benefício para a instituição nesta dimensão.

Relativamente à dimensão Otimização, tanto os utentes como os profissionais de saúde concordaram que a introdução de um *Case Manager* resultaria na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde (60,7 % dos utentes e 48,6% dos profissionais). No entanto esta variável vai de encontro com aquilo que foi identificado na Dimensão Aplicabilidade do *Case Manager*, referente às falhas de comunicação. No que concerne à dimensão Capacitação Pessoal em ambas as categorias, utentes e profissionais de saúde, foi dada especial relevância ao “aumento da satisfação com os serviços de saúde prestados” (aumento da satisfação do utente), referente a 53,6% dos utentes que concordaram totalmente com a afirmação e 57,1% dos profissionais de saúde. No entanto, a variável seguinte com uma maior média também nas duas categorias, foi a “diminuição do uso desnecessário do serviço de urgência”, nomeadamente por parte de 55,4% dos utentes que concordaram totalmente com a afirmação e 48,6% dos profissionais de saúde.

Deste modo foram identificados por parte dos inquiridos quais seriam os principais benefícios advindos da introdução de um *Case Manager* no Sistema Nacional de Saúde Português, sumariamente: uma melhoria da comunicação; um aumento da satisfação tanto para as instituições como para os utentes e uma diminuição do uso abusivo dos serviços de urgência. Desta forma foi dada resposta ao objetivo específico referente à Identificação dos principais benefícios da integração destes profissionais, na qualidade dos serviços prestados.

Por outro lado, de forma a dar resposta ao objetivo definido foi criado o instrumento de estudo, o questionário. Este foi validado a nível de conteúdo através do método *Face Validity*, contudo não ficou validado para a população portuguesa visto que a amostra utilizada não é representativa da mesma.

Como os objetivos de estudo foram cumpridos é importante voltar a realçar que o *Case Manager* atua como um elemento facilitador e intermediário entre o paciente, a equipa multidisciplinar, os serviços hospitalares, as companhias de seguros e todos os restantes elementos necessários ao bem-estar do paciente e da sua família. O *Case Manager* identifica as necessidades do indivíduo e da sua família, estabelece com estes objetivos e formula um plano para alcançá-los, ou seja, ajuda os pacientes a encontrar os recursos que necessitam, facilitando a sua conexão com os serviços. Desta forma, introdução deste elemento no sistema de saúde português poderá vir a contribuir para o aumento da satisfação dos utentes, melhorando assim a entrega de cuidados. Por outro lado, como Portugal atravessa um período de crise económica em que os recursos disponíveis para a saúde são menores, a sua introdução poderá contribuir para o aumento da eficiência dos serviços e consequentemente resultar na poupança de custos para os prestadores de serviços de saúde.

Ao longo deste estudo foram encontradas algumas limitações, nomeadamente:

- O método de validação do questionário, o *Face Validity*, visto que é considerado fraco e subjetivo para a validação de um constructo.
- Como o *Case Management* ainda não está estabelecido em Portugal não existe bibliografia que suporte e justifique a sua introdução no Sistema Nacional de Saúde Português.
- O *Case Management* ainda é pouco conhecido em Portugal, tanto na comunidade em geral, como no seio dos decisores políticos e nos círculos académicos, pela que a construção científica à volta da mesma ainda é muito escassa. Neste sentido, a literatura presente neste estudo foca-se sobretudo em estudos, artigos científicos e relatórios anglo-saxónicos, onde esta carreira já se encontra estabelecida no sector da saúde. Uma dificuldade encontrada foi a análise e tradução destes documentos devido à utilização de termos muitos específicos utilizados em países como os Estados Unidos da América e Reino Unido e a sua adaptação ao contexto português. Porém, pode-se referir que esta dificuldade foi superada com sucesso, pois por um lado foram encontradas similitudes entre os diferentes contextos e por outro lado delineou-se a revisão da literatura tendo em conta as diferenças, adaptando e integrando conceitos.

- Como o *Case Management* é um tema relativamente desconhecido ou novo para a população, este aspeto refletiu-se no questionário, visto que apenas uma pequena percentagem dos inquiridos é que estava familiarizado com o conceito de *Case Management*.
- Não foi obtida a opinião de todas as partes interessadas na introdução do *Case Management*, visto que as seguradoras são um dos elementos interessados nestes profissionais.

Sugere-se que no futuro seja realizado um estudo mais aprofundado sobre este tema, procurando analisar as perspetivas de outras partes interessadas, como as seguradoras e os dirigentes hospitalares.

Sugere-se também que seja feito mais um estudo com os mesmos objetivos deste, mas com uma amostra maior, de modo obter uma perceção mais abrangente da necessidade da integração do *Case Manager*.

Por outro lado, também seria interessante que fosse desenvolvida uma pós-graduação, para que profissionais qualificados na área de *Case Management* possam integrar o Sistema Nacional de Saúde, promovendo assim a acreditação destes profissionais. A criação desta pós-graduação também irá contribuir para a divulgação destes profissionais no seio da comunidade académica, como na população em geral.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, S. G. (2003). Políticas e Siste *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde, Relatório Primavera* mas de Saúde, Textos Académicos.Coimbra
- ACMA. (2013). *Standars of Practice & Scope of Servives for health Care Delivery System Case Management and Trasitions of Care (TOC) professionals*. Little Rock: ACMA.
- ACSS. (2015). Resumo da monitorização mensal da atividade assistencial no SNS: Agosto 2015. Obtido em 22 de Novembro de 2015, de de <http://www.acss.min-saude.pt>
- ACSS. (s.d.). *Administração Central do Sistema de Saúde, IP*. Obtido em 20 de Novembro de 2014, de <http://www.acss.min-saude.pt>
- ACSS (2009). Glossário: Rede Nacional de Cuidados Integrados. Obtido em 26 de Novembro de 2014, de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Glossario%20da%20RNCCI.pdf>
- ADHC. (2010). *Case Management practice guide - 7 phases of Case Management*.
- aeicp. (2008). *Portugal Global*. Lisboa.
- Almeida, L. M. (2013). Os Hospitais e os Sistemas de Saúde: Uma nova realidade, um novo paradigma. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 8-11.
- Almeida, L. C. (2014).*Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Articulação e Continuidade de Cuidados*.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos-recomendações da ANCP*
- Associação Portuguesa de Seguradoras. (2009). *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português*. Lisboa.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Policopiado, oficina do CES*, 1(182), 2-11
- Barros, P. P. (2013). *Pela sua saúde*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema no sistema hospitalar português*.(Tese de Doutoramento), Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

- Billings, J., Dixon, J., Mijanovich, T., & Wennberg, D. (2006). Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients. *Bmj*, 333(7563), 327.
- Bjorkman, T., Hansson, L., & Sandlund, M. (2002). Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 147-152.
- Branco, A. G., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 5-12.
- Brown K, Stainer K, Stewart J, Clacy R, Parker S (2008). 'Older people with complex long-term health conditions: their views on the community matron service: a qualitative study'. *Quality in Primary Care*, vol 16, no 6, pp 409–17
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625.
- Carrondo, C. (2014). Do modelo de Bismark ao Beverige: O modelo de saúde Português. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde* 13, 14-16.
- Chiu, W., & Newcomer, R. (2007). A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes. *Professional Case Management for elderly*, 12 (6), 330-336.
- Colombo, F., & Tapay, N. (2004). Private health insurance in OECD countries.
- DECO. (2014). *Serviços de urgência: hospitais absorvem faltas de centros de saúde*.
- Departamento de Qualidade na Saúde. (2015). *Estudo de satisfação dos utentes do Sistema Nacional de Saúde Português*.
- Department of Health, Social Services and Public Safety. (s.d). *Case Management: A position paper*.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Perfil de saúde em Portugal. 33-39.
- Drost, E. A. (2011). Validity and Reliability in Social Science Research. *Education Research and Perspectives*, 38, nº1, 105-121.
- Entidade Reguladora da saúde. (2009). *Avaliação do modelo de contratações de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde*. Porto.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS*. Porto.

- Farinha, R. J. (2007). *Optimização de redes de cuidados de saúde: Desenvolvimento de um modelo de simulação discreta com aplicação à sub-região de saúde de Setúbal* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Técnico, Universidade Técnica de Lisboa. Lisboa
- Gomes, M. (2013). *O perfil do utilizador abusivo dos serviços de urgência portugueses: um estudo no hospital São João*. (Dissertação de mestrado), APNOR, Porto.
- Governo de Portugal. (s.d). *Governo de Portugal*. Obtido em 15 de Junho de 2015 <http://www.portugal.gov.pt/>
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation to sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin*, 103(2), 265.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Harrison, J. P., Nolin, J., & Suero, E. (2004). The effect of case management on US hospitals. *Nursing Economics*, 22(2), 64
- Hendricks, V., Schmidt, S., Vogt, A., Gysan, D., Latz, V., Schwang, I., ... & Riedel, R. (2014). Case Management Program for Patients With Chronic Heart Failure: Effectiveness in Terms of Mortality, Hospital Admissions and Costs. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(15), 264.
- Hespanhol, A. et al. (2005) Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João: satisfação dos utentes. *Revista Arquivos de Medicina*
- Hickam, D. H., Weiss, J. W., Guise, J. M., Buckley, D., Motuapuaka, M., Graham, E. & Saha, S. (2013). Outpatient case management for adults with medical illness and complex care needs. *Comparative Effectiveness Review*, 99
- Hora, H. R. M., Monteiro, G. T. R., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), 85-103.
- Hutt, R., Rosen, R., & McCauley, J. (2004). Case managing long term conditions. *What impact does it have in the treatment of older people*.
- Huws DW, Cashmore D, Newcombe RG, Roberts, C, Vincent J, Elwyn G (2008). 'Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study'. *BMC Health Services Research*, vol 8, p 115.
- Laros, J. A. (2012). O uso da análise fatorial: algumas diretrizes para pesquisadores. In *Análise fatorial para pesquisadores*, 141-60

- Lee, K.-H., & Davenport, L. (2006). Can case management interventions reduce the number of emergency department visits by frequent users? *The health Care Managers*, 25(2), 155-59.
- Leighton Y, Clegg A, Bee A (2008). 'Evaluation of community matron services in a large metropolitan city in England'. *Quality in Primary Care*, vol 16, no 2, pp 83–9.
- Leonard, M., & Miller, E. (2012). *Nursing Case Management 4th Edition*. Washington: Editorial Project Manager.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2013). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martins, J. C. A. (2009). Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3), 335-340.
- Moreira, I. (2011). Comparação de resultados: Prestação de Cuidados de saúde hospitalares públicos e privados.(Dissertação de mestrado) *Faculdade de Economia da Universidade do Porto*, Porto.
- Moreira, S., & Barros, P. P. (2009). O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde. *Banco de Portugal*, 205-227.
- Mullahy, C. M., RN, BS, CRRN, & CCN. (2010). *The Case Manager's Handbook* . Huntington, NY: Jones and Bartlett Publishers.
- NCMN. (2012). *Canadian Core Competency Profile for Case Management Providers*. Canadá.
- OCDE a. (2013). *Health Data, Base de données de l' OCDE sur le santé*. França: OCDE Publishing.
- OCDE b. (2013). *Panorama de la santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE*. França: OCDE Publishing.
- OCDE c. (2015). How does health spending in Portugal compare? *OCDE Health Statistics 2015*.
- Oliveira, A., & Amaral, V. (2007). A análise fatorial de correspondências na investigação em psicologia: Uma aplicação ao estudo das representações sociais do suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 2, 271-293.
- OPSS. (2001). Conhecer os Caminhos da saúde. *Relatório Primavera*, 1-63.
- OPSS. (2011). *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde, Relatório Primavera*
- Pasquali, L.(1998). Princípios de Elaboração de escalas Psicológicas. *Revista Psiquiátrica Clínica*. 5 (25) 206-213

- Paulo, A. (2010). SNS: Caracterização e desafios. *GPEARI-MFAP. Lisboa, Setembro, 16*.
- Physician Advisory Committee. (2001). Case Management Guidelines.
- PORDATA. (26 de Junho de 2015). ADSE. Obtido de PORDATA: <http://www.pordata.pt/Portugal/ADSE>
- Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2008). *CMSA core curriculum for case management*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramos, A. R., & Silva, C. (s.d.). *Evolução dos Seguros de Saúde em Portugal*.
- Rego, G., & Nunes, R. (2010). *Gestão da saúde* (1ª Edição). Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações.
- Roggenkamp, S. D., & White, K. R. (2001). Is hospital case management a rationalized myth?. *Social science & medicine*, 53(8), 1057-1066.
- Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case management what it is and how it can best be implemented . *The King's Fund*.
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2005). *O Futuro do Sistema de Saúde Português - Saúde 2015*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 47-57.
- Segurança Social. (2009). *Estratégia Nacional para a integração de pessoas sem-abrigo: Prevenção, Intervenção e Acompanhamento 2009 -15*.
- Sheaff R, Boaden R, Sargent P, Pickard S, Gravelle H, Parker S, Roland M (2009). 'Impacts of case management for frail elderly people: a qualitative study'. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol 14, no 2, pp 88–95.
- Silva, S. (2010). Os seguros de saúde privados no contexto do Sistema de Saúde Português.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulina de Enfermagem*, 22, 884-94
- Treadwell, J., Perez, R., Stubbs, D., McAllister, J., Stern, S., & Buzi, R. (2015). *Case Management and Core Coordination Supporting Childrens and Families to Optimal Outcomes*. New York: Springer.
- Williams, V., Smith, A., Chapman, L., & Oliver, D. (2011). Community matrons - an exploratory study of patients views and experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 86-63.



## Referências Legislativas

Decreto-lei 11/93. (1993). *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República I Série nº 12 (15/01/1993) 129-134.

Decreto-lei 124/2011. (2011) *Ministério da Saúde*. Diário da República I Série, nº 249 (29-12-2011), 5491-5498.

Decreto-lei 176/2003. (2003). *Ministério da Saúde*. Diário da República I Série A, nº 176 (2-08-2003), 4596 - 4605.

Decreto-lei nº 101/2006.(2006). Diário da República I Série A, nº 109.(06-06-2006), 3856-3865

Decreto-Lei nº 110/2014 (2014). *Ministério da Saúde*. Diário da República, I série, nº 131 (10-07-2014), 3794-3796.

Decreto-Lei nº 309/2003 (2003). *Ministério da Saúde*. Diário da República, I Série A, nº 284(10-12-2003),8329-8338.

Lei nº 48/90. (1990). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República I Série, nº 195.nº 195 (24-08-1990), 3452-3459.

Portaria nº 198/2011, (2011). *Ministério da Saúde*. Diário da República I Série, nº 96 (18-05-2011), 2792-2796.

# **Anexos**

# PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DA INTEGRAÇÃO DOS *CASE MANAGERS* NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS: A IMPORTÂNCIA DESTES PROFISSIONAIS NA MELHORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS

Antes de preencher o questionário leia atentamente as seguintes informações.

O questionário tem como objetivo avaliar a “perceção da necessidade de integração dos *Case Managers* no Sistema Nacional de Saúde Português”. De modo a compreender o conceito de *Case Management*, abaixo estão algumas definições que o irão ajudar a responder ao questionário.

**Case Management/Gestão de Caso:** pode ser definido como um processo colaborativo que analisa, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia as opções e serviços, de modo a atender às necessidades de saúde tanto do indivíduo como da sua família (CMSA, 2010)<sup>2</sup>.

**Case Manager/Gestor de Caso:** normalmente são profissionais de enfermagem, assistentes sociais, médicos, ou outros profissionais qualificados inseridos numa equipa multidisciplinar, que acompanham toda a trajetória dos pacientes durante a sua estadia hospitalar. O gestor de caso identifica as necessidades do indivíduo e da sua família, estabelece com estes objetivos e formula um plano para alcançá-los, ou seja, ajuda os pacientes a encontrar os recursos que necessitam, facilitando a sua conexão com os serviços. Desta forma, o gestor de caso, é um elemento facilitador e intermediário entre o paciente, a equipa multidisciplinar, os serviços hospitalares, as companhias de seguros e todos os restantes elementos necessários ao bem-estar do paciente e da sua família.

## I Parte – Dados Sociodemográficos:

1. Está a responder a este questionário como:

☐ Utente      ☐ Profissional de saúde

2. Sexo: ☐ Feminino    ☐ Masculino

3. Idade:

4. Habilitações Literárias:

☐ 1º ciclo    ☐ 2º ciclo    ☐ 3º ciclo    ☐ Ensino secundário    Ensino Superior:

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

---

<sup>2</sup> Powell, S. K., & Tahan, H. A. (2008). *CMSA core curriculum for case management*. Lippincott Williams & Wilkins.

## II Parte – O Sistema Nacional de Saúde

Utilize a seguinte escala para responder às seguintes afirmações.

1-Discordo Totalmente; 2-Discordo Parcialmente; 3-Não Concordo nem discordo; 4- Concordo Parcialmente; 5-Concordo Totalmente.

Quando frequento do Sistema Nacional de Saúde:	1	2	3	4	5
1. Sinto que beneficiaria da assistência de um elemento que me encaminhasse para os serviços corretos.					
2. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me informasse mais detalhadamente sobre a minha condição clínica.					
3. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que esclarecesse as minhas dúvidas e questões.					
4. Sinto que beneficiaria se houvesse melhor comunicação entre as diferentes entidades com que tenho que me relacionar por questões de saúde.					
5. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que defendesse os meus interesses e os da minha família.					
6. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento que me ajudasse a preencher documentação relativa a seguros, reembolsos, acesso a serviços etc.					
7. Sinto que beneficiaria da intervenção de um elemento especializado que me ajudasse a aceder mais rapidamente e eficazmente aos serviços de saúde. (Serviços médicos, medicamentos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, seguradoras, entre outros)					

## III Parte – O Case Management/ Gestão de Casos

8. Já conhecia o termo *Case Management/* Gestão de Casos?

Sim ☐ Não ☐

Se respondeu Não, o seu questionário termina aqui. Obrigada pelo seu contributo!

9. Acharia benéfica a introdução de um *Case Manager/* Gestor de Caso no Sistema Nacional de Saúde Português?

Sim ☐ Não ☐

**1**-Discordo Totalmente; **2**-Discordo Parcialmente; **3**-Não Concordo nem discordo;  
**4**- Concordo Parcialmente; **5**-Concordo Totalmente.

	1	2	3	4	5
<b>9.1. Que benefícios traria para o utente?</b>					
<b>9.1.1.</b> Capacitação do utente (melhor compreensão sobre a sua condição clínica/promoção da saúde).					
<b>9.1.2.</b> Maior facilidade em contactar com seguradoras.					
<b>9.1.3.</b> Redução dos encargos adicionais associados ao uso do Sistema Nacional de Saúde.					
<b>9.1.4.</b> Diminuição do recurso ao serviço de urgência.					
<b>9.1.5.</b> Melhoria da qualidade de vida.					
<b>9.1.6.</b> Aumento da satisfação com os serviços prestados.					
<b>9.2. Que benefícios traria para o Sistema Nacional de Saúde?</b>					
<b>9.2.1.</b> Diminuição do uso desnecessário do Serviço de urgência.					
<b>9.2.2.</b> Diminuição do tempo de estadia dos utentes.					
<b>9.2.3.</b> Aumento do número de camas livres.					
<b>9.2.4.</b> Diminuição do uso de recursos e serviços desnecessários.					
<b>9.2.5.</b> Diminuição da readmissão hospitalar.					
<b>9.2.6.</b> Aumento da eficiência dos serviços de saúde prestados.					
<b>9.2.7.</b> Melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde.					
<b>9.2.8.</b> Maior satisfação dos utentes com os serviços prestados.					

Obrigada pelo seu contributo!